

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/488/2014

ATAS/564/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juillet 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à SAINT-CERGUES, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio
LOCCIOLA

demanderesse

contre

BALOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BALE
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian
GROSJEAN

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1975 en République populaire de Chine, est arrivée en Suisse en décembre 1997. Depuis le 15 septembre 2004, elle travaillait au sein de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur), à Genève, d'abord en qualité de facturiste, puis d'assistante commerciale dès 2006. En tant que salariée de cette société, elle était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (contrat n° 1_____) que l'employeur avait souscrite auprès de Bâloise assurance SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse), couvrant durant sept cent trente jours maximum le 100% du salaire soumis à l'AVS, sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours.
2. En congé maternité depuis la naissance de son deuxième enfant le _____ 2010, l'assurée s'est présentée à son lieu de travail le 5 avril 2011, jour de la reprise de son activité ; l'employeur l'a licenciée le jour même pour le 30 juin 2011 en la libérant immédiatement de son obligation de travailler pendant la durée du délai de congé.
3. Le 23 juin 2011, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne FMH, médecin traitant, a délivré à l'assurée un certificat médical, attestant d'une incapacité de travail totale pour cause de maladie dès le 24 juin 2011, d'une durée probable jusqu'au 14 juillet 2011. Auparavant, le médecin traitant a attesté que l'assurée ne pouvait plus allaiter son enfant depuis le jour de son licenciement (certificat du 11 avril 2011).
4. Le 28 juin 2011, l'employeur a complété le formulaire de déclaration de maladie à l'attention de l'assurance en indiquant que l'assurée travaillait 37.5 heures par semaine, réparties sur cinq jours et que son salaire s'élevait à CHF 97'500.- par an.
5. Dans un rapport du 14 juillet 2011 adressé au médecin-conseil de la caisse, le Dr C_____ a posé le diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel, précisant qu'il suivait l'assurée depuis le 23 juin 2011. Elle était sous antidépresseurs et suivait une psychothérapie. Ses troubles s'étaient manifestés de la manière suivante : arrêt pathologique de la lactation, insomnies, dépression, pleurs, palpitations, dyspnée, irritabilité, cystites et règles irrégulières. Elle n'avait jamais suivi de traitement médical pour de tels troubles par le passé.
6. Par certificat du 27 juillet 2011, le Dr C_____ a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 24 août 2011 probablement.
7. L'assurance a versé à l'employeur, au titre de l'arrêt maladie de l'assurée, des indemnités journalières à 100% du 8 au 31 juillet 2011, soit 24 jours à CHF 267.10, et du 1^{er} août au 31 août 2011, soit 31 jours à CHF 267.10.
8. Par certificat du 27 septembre 2011, le Dr C_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 24 octobre 2011.

-
9. Le 28 septembre 2011, le Dr C_____, répondant au questionnaire de l'assurance, a indiqué que l'assurée récupérait lentement de son syndrome d'épuisement professionnel. Le diagnostic qu'il retenait selon la CIM-10 correspondait au code F43 (réaction à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation). Même si le traitement n'était pas terminé et qu'il n'était pas possible pour le moment d'en prévoir la fin, l'évolution thérapeutique était plutôt bonne. L'incapacité de travail était toujours complète. L'assurée récupérait bien de son traumatisme psychologique mais le syndrome d'épuisement professionnel motivait un arrêt de travail de plusieurs mois qui faisait partie de la thérapie.
 10. Par courrier du 11 octobre 2011, l'assurance a adressé à l'assurée un formulaire de demande de prestations AI pour adultes, l'invitant à le compléter puis à le déposer auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
 11. Le 23 décembre 2011, l'assurée a déposé la demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant qu'elle présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 juin 2011 en raison d'un « stress extrême, dépressif avec des symptômes d'irritabilité, d'anxiété, épisodes de palpitations et de dyspnée ».
 12. Le Dr C_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 24 janvier 2012 (certificats des 25 octobre, 30 novembre et 22 décembre 2011).
 13. Le 13 janvier 2012, l'assurance a invité l'assurée à se soumettre prochainement à une expertise médicale, précisant que celle-ci serait pratiquée par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
 14. Le 31 janvier 2012, le Dr D_____ a rendu son rapport d'expertise. Celui-ci se fondait sur un entretien avec l'assurée le 25 janvier 2012, un entretien téléphonique avec son médecin traitant et le dossier transmis par la caisse.

Relatant les déclarations de l'assurée, l'expert a noté dans l'anamnèse que l'assurée avait été victime de mobbing et de harcèlement – notamment sexuel – dès le début de son activité pour l'employeur en septembre 2004, qu'elle avait présenté une symptomatologie anxieuse d'intensité croissante tout au long de son emploi dans l'entreprise et qu'elle avait fait des efforts considérables pour conserver son poste et tenter de montrer qu'elle était à la hauteur de son emploi. Elle avait très douloureusement ressenti ce licenciement injustifié. Dès le lendemain, elle avait été incapable d'allaiter son enfant, présentait des pleurs, des insomnies, des palpitations, des vomissements et une incapacité de s'occuper de ses enfants. Elle avait consulté le Dr C_____ qui avait tenté de mettre en place un traitement homéopathique sans grands résultats. Finalement celui-ci avait prescrit un arrêt de travail à compter du 24 juin 2011 et adressé l'assurée à Madame E_____, psychologue, pour la mise en œuvre d'une psychothérapie que l'assurée avait interrompu récemment. L'assurée avait également pris un avocat et ouvert action contre l'employeur devant le Tribunal des Prud'hommes. Elle avait fait des recherches d'emploi et eu trois entretiens avec des employeurs potentiels. Comme elle était émotionnellement perturbée, ces entretiens s'étaient mal déroulés et

n'avaient débouché sur aucun engagement. Actuellement, elle était toujours en arrêt de travail à 100%.

Recueillant les plaintes de l'assurée, le Dr D_____ a noté que l'assurée reconnaissait que son état de santé s'était légèrement amélioré mais qu'elle s'estimait toujours incapable de travailler en raison de perturbations émotionnelles trop importantes. Elle était traumatisée par les expériences vécues, qu'elle ruminait. En outre, des images traumatiques lui revenaient. Elle se sentait en permanence oppressée, cette sensation anxieuse s'aggravant lorsqu'elle était confrontée à des événements en rapport avec sa situation, tels des rendez-vous chez des avocats ou auprès d'un syndicat. Elle présentait alors fréquemment des épisodes de diarrhées et de vomissements. L'assurée se disait triste mais sans idées de mort ou de suicide. Elle disait être toujours motivée pour rechercher un emploi.

Durant l'examen, l'expert a constaté que l'humeur apparaissait légèrement dépressive, mais sans idées de mort ou de suicide. C'étaient principalement les troubles anxieux qui étaient perceptibles à travers la mimique et la gestuelle, ainsi que le discours. Celui-ci était centré sur les différents mauvais traitements dont l'assurée disait avoir été victime dans son emploi. Elle tenait à les décrire sous différents aspects et il semblait difficile de l'éloigner de ces sujets. Elle disait s'occuper de son fils d'une année, sinon, elle faisait des promenades à la campagne, jouait au tennis et voyait parfois des amis. Le traitement actuel était de nature homéopathique. S'y ajoutait la prise quotidienne de Temesta (1 mg) et de millepertuis (300 mg).

Après avoir posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions, en rémission partielle (F43.23), l'expert a précisé dans la discussion du cas que l'assurée semblait avoir accumulé durant plusieurs années une forte tension psychique en rapport avec des conditions de travail pour le moins déplaisantes, voire relevant du harcèlement ou de délits sexuels. C'était l'annonce de son licenciement qui semblait avoir décompensé son état psychique, avec émergence d'une symptomatologie anxieuse et émotionnelle avec des symptômes somatoformes (diarrhées et vomissements, oppression thoracique), pleurs, « idées de préjudice », ruminations morbides, reviviscence d'épisodes traumatiques. L'humeur apparaissait également dépressive. Suite à une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique, l'état de l'assurée s'était par la suite amélioré. Elle avait participé à des entretiens d'embauche et avait repris différentes activités de loisirs et sociales. Elle avait interrompu son suivi psychothérapeutique. Son traitement médicamenteux restait léger. Le trouble apparaissait donc en rémission partielle, mais il persistait une symptomatologie de perturbation émotionnelle.

L'amélioration de l'état de santé de l'assurée était de nature à permettre d'envisager une reprise d'activité. Il persistait cependant certains symptômes et elle pouvait avoir besoin d'encore quelques semaines pour consolider son état et se préparer à une reprise d'activité. À partir du 1^{er} mars 2012, la capacité de travail pouvait donc

être considérée comme totale. L'expert a toutefois observé que si l'état pathologique de l'assurée perdurait ou devait s'aggraver, le traitement médicamenteux actuel ne serait pas suffisant. Il conviendrait alors de remettre en place la prise en charge psychothérapeutique et d'envisager un traitement médicamenteux plus complet.

15. Par courrier du 3 février 2012, l'assurance a informé le Dr C_____ – avec copie à l'assurée et à l'OAI – qu'elle entendait suivre les conclusions du rapport d'expertise du Dr D_____. Le Dr C_____ était invité à motiver sa position en cas de désaccord avec ces dernières, et à faire part de son point de vue au docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance. Enfin, elle a précisé que la simple délivrance, sans explications, d'un certificat médical ne serait pas constitutive d'une opposition motivée et qu'elle ne permettrait pas la poursuite du versement des indemnités journalières.
16. Par courrier du 24 février 2012 au Dr F_____, le Dr C_____ a soutenu qu'il lui paraissait important de reconsidérer la fin de l'arrêt maladie pris en compte en faveur de l'assurée et de le reporter au moins jusqu'au mois de mai 2012. Il avait eu un entretien téléphonique avec le Dr D_____ qui paraissait d'accord avec ce dernier point de vue. Il était clair que l'assurée ne pouvait pas reprendre le travail le 1^{er} mars 2012 et encore moins s'inscrire au chômage au vu des problèmes psychologiques qui étaient apparus suite au mobbing dont elle avait été victime. D'autre part, le rapport d'expertise comportait plusieurs inexactitudes. Premièrement, il n'était fait aucune mention de la façon dont s'étaient déroulés les entretiens d'embauche que l'assurée avait eus. Deuxièmement, il était difficile, dans la position de l'expert, de pouvoir estimer l'amélioration ou la péjoration de l'état de santé de l'assurée sans connaître son état antérieur. Enfin, le médecin traitant estimait que l'expert se contredisait en mentionnant que le traitement homéopathique et psychothérapeutique n'était pas très efficace, tout en estimant que l'assurée était apte à reprendre son travail.
17. Par courriel du 8 mars 2012, l'assurance a transmis une copie du courrier du Dr C_____ du 24 février 2012 au Dr D_____ et lui a demandé s'il était d'accord de reporter la reprise de travail jusqu'au mois de mai 2012 au moins.
18. Par retour de courriel du même jour, le Dr D_____ a estimé que le Dr C_____ ne décrivait pas les symptômes qui justifieraient un report de la date de reprise de l'activité professionnelle, ni les moyens mis en œuvre, ni les résultats escomptés. Il n'apportait ainsi aucun élément justifiant la poursuite de l'arrêt maladie au-delà du 29 février 2012. Il convenait en conséquence de s'en tenir aux conclusions de son rapport d'expertise du 31 janvier 2012.
19. Le 12 mars 2012, l'assurance a fait savoir au Dr C_____ qu'elle considérait que l'assurée était pleinement apte au travail dès le 1^{er} mars 2012. En effet, l'expert avait maintenu ses conclusions. Une copie de ce courrier a été adressée à l'assurée et à l'OAI.

20. Par communication du 22 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour un suivi personnalisé sous forme de coaching par la société G_____, du 19 mars 2012 au 15 juin 2012, pour un montant de CHF 3'360.- Cette prestation s'inscrivait dans le cadre des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une aide au placement. Leur mise en œuvre était régie par un « plan de réadaptation : contrat d'objectifs » passé le 22 mars 2012 entre l'assurée, l'OAI, soit pour elle Mme H_____, conseillère en réadaptation, et Madame G_____, coach personnel. L'objectif de cet accord tripartite était de permettre à l'assurée, pendant la durée de la mesure, de regagner confiance et de communiquer clairement dans le respect de soi et de l'autre. L'accord était en outre complété par une convention de coaching du 19 mars 2012 entre l'assurée et Mme H_____.
21. Par courriel du 28 mars 2012, le mari de l'assurée a invité l'assurance à organiser un rendez-vous entre le Dr D_____ et lui-même « pour discuter de sa façon de traiter les patientes ». L'expert avait fait perdre confiance à son épouse en mettant en doute sa parole et son histoire en lui disant textuellement que l'on ne pouvait pas être en arrêt maladie « en voyant le sexe d'un homme, sous-entendu celui de son patron exhibitionniste ». Contrairement à cet expert, l'OAI avait parfaitement pris la réelle mesure de cette affaire en établissant un lien direct entre le harcèlement subi durant quatre années et l'état de stress post-traumatique, preuve en était le coaching que cet office avait mis en place du 19 mars au 15 juin 2012.
22. Le 30 mars 2012, le mari de l'assurée a transmis un rapport du 28 mars 2012 du Dr C_____, intitulé « complément au rapport médical du 13.10.2011 ». De l'avis de ce médecin l'état de santé actuel de l'assurée était directement en relation avec le harcèlement dont elle avait été victime à son lieu de travail entre 2006 et 2010. Selon les déclarations de l'assurée qu'il avait recueillies, il s'agissait d'un harcèlement sexuel caractérisé grave avec menaces et gestes déplacés ainsi que des attitudes exhibitionnistes et de mobbing. Son état actuel, en particulier psychique, ne lui permettait absolument pas de reprendre le travail. En effet, elle restait encore extrêmement touchée par les événements vécus à son lieu de travail, dont l'impact perdurait encore à ce jour. On pouvait assimiler ce genre de réaction à celles qui suivent un état de choc post-traumatique chez tout individu exposé à une atteinte à son intégrité physique et mentale.
23. Le 20 avril 2012, Mme H_____ a informé la conseillère en réadaptation de l'OAI qu'en l'état, deux séances de coaching s'étaient déroulées au domicile de l'assurée. Malgré la grande motivation de celle-ci, la réalisation des deux objectifs fixés (regagner confiance et communiquer dans le respect de soi et de l'autre) se faisait plutôt lentement pour l'instant. Un diagramme intitulé « senti-mètre » montrait tout de même un léger progrès à la fin de la troisième séance. Selon la coach, l'épreuve douloureuse de plusieurs années ainsi que le tort que l'assurée avait subi dans son milieu professionnel avaient été un grand choc. Ses valeurs profondes et ses croyances éthiques venant d'une toute autre culture avaient été énormément secouées et aucun traitement médicamenteux ne pouvait se substituer efficacement

au temps. Même si de son côté, la coach essayait d'accompagner l'assurée pas à pas dans cette reconstruction profonde qui touchait son identité toute entière en tant que personne vivant entre deux cultures complètement différentes, elle ne pouvait prédire combien de temps ce processus durerait jusqu'à ce que l'assurée se sente assez solide pour pouvoir se réintégrer professionnellement. La coach pensait qu'à ce jour, aucun entretien d'embauche ne se solderait par un engagement car le préjudice lui paraissait très présent et visible.

24. Par courrier du 12 mai 2012 au Dr C_____, la psychologue a indiqué qu'elle avait vu l'assurée les 15 et 29 juillet 2011 et évalué, au cours de ces deux séances, son passé et ses problèmes actuels. Ceux-ci étaient au premier plan, plus précisément : le licenciement, le mobbing et le harcèlement sexuel lui causaient des angoisses et des problèmes psychosomatiques, comme les vomissements et les palpitations. Elle lui avait proposé, le 15 juillet 2011, de faire des séances de désensibilisation avec la méthode psychothérapeutique EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing / désensibilisation et retraitement des informations avec l'aide de mouvements oculaires). Toutefois, lors de la séance suivante, l'assurée lui avait annoncé qu'elle était en contact avec le syndicat UNIA et qu'elle avait assigné son employeur en justice. La psychologue lui avait alors répondu qu'en général, lorsqu'un procès était en cours et si l'état du patient le permettait, on renvoyait les séances d'EMDR après les audiences pour ne pas rendre la personne trop sereine face au juge « puisqu'elle perd en crédibilité ». L'assurée et elle étaient convenues de mettre en œuvre les séances d'EMDR sitôt que le procès serait suffisamment avancé. L'assurée la recontacterait à ce moment.
25. Par courriel du 26 juin 2012, la coach a présenté à la conseillère en réadaptation de l'OAI la mise à jour du « senti-mètre ». Selon ce diagramme, l'assurée avait augmenté sa confiance en elle et son ressenti lui disait qu'elle était arrivée à mi-chemin après trois mois de coaching (indice de satisfaction de 4/10 pour l'objectif de communication et de 5/10 pour le regain de confiance en soi). Une prolongation de la mesure de coaching pour trois mois pourrait l'aider à mieux intégrer les outils et à trouver sa place à la maison et dans le monde professionnel. Enfin, l'assurée mentionnait dans un questionnaire de satisfaction produit en annexe, daté du 26 juin 2012, qu'elle avait « beaucoup de mal à remonter » malgré l'aide, très efficace, de sa coach.
26. Le 4 juillet 2012, le mari de l'assurée a invité l'assurance à reprendre le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} mars 2012 en se fondant sur un rapport établi le 2 juillet 2012 par le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurée. Il en ressort que l'assurée était venue le consulter pour la première fois le 14 juin 2012 et qu'il avait posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1). Le Dr I_____ a précisé qu'il ne reviendrait pas sur toute l'anamnèse en rapport avec le traumatisme répété subi à son lieu de travail pendant des années, puisque la caisse était déjà nantie de toutes les informations relatives à ce sujet. Il convenait cependant d'insister sur un point

précis : d'origine chinoise, l'assurée était arrivée en Suisse à l'âge de 22 ans. Elle était donc imprégnée de la culture et des traditions de son pays. Le dévouement à son travail et à ses patrons figuraient au premier plan et elle devait absolument donner entière satisfaction sur le plan professionnel. C'était pour elle une question d'honneur et de dignité personnelle. Elle devait donc supporter les aléas de la vie professionnelle sans jamais se montrer faible, se plaindre ni faillir, raison pour laquelle elle avait supporté ses souffrances pendant de si nombreuses années, non sans « dégâts profonds psychiques » puisqu'actuellement, le diagnostic était plus grave que celui évoqué par l'expert. En effet, le Dr D_____ n'avait tenu compte ni de la personnalité ni de la culture de l'assurée.

Évoquant l'évolution de la maladie et de la capacité de travail de l'assurée, le psychiatre a indiqué qu'elle était mue en permanence par le souci de bien faire, de se montrer courageuse et capable. Elle avait déclaré à tort qu'elle se sentait mieux et qu'elle serait capable de faire des recherches d'emploi alors qu'elle avait été licenciée abusivement suite à son accouchement (recte : retour de congé maternité). À noter que ce licenciement avec libération immédiate de l'obligation de travailler était la goutte qui avait fait déborder le vase et qui l'avait précipitée dans la dépression. C'était pour elle une injustice flagrante et le constat amer que tous les efforts qu'elle avait fournis n'avaient servi à rien.

La capacité de travail était nulle depuis le 24 juin 2011 à ce jour. Lors des entretiens avec l'assurée, le psychiatre avait pu constater que le tableau clinique que l'assurée présentait était celui d'un trouble dépressif sévère avec forte composante anxieuse. L'assurée s'était soumise à un test de Hamilton le 26 juin 2012 et avait obtenu un score de quarante-cinq points. Or, à partir de vingt-neuf points, l'on était en présence d'une dépression sévère. Elle avait également effectué un test d'anxiété (test de Spielberger) et le score réalisé était de cinquante-neuf points, ce qui se traduisait par une anxiété importante interférant sur sa qualité de vie. L'assurée était désireuse de poursuivre son traitement psychothérapeutique et de venir à bout de sa pathologie, notamment pour trouver un autre emploi et se mettre en valeur. À cet égard, il importait de souligner que ce n'était pas l'assurée qui avait interrompu le traitement précédent avec la psychologue. C'était cette dernière qui lui avait demandé de le suspendre en attendant que ses démarches juridiques fussent plus avancées.

27. Dans une note de travail de l'OAI datée du 9 juillet 2012, qui faisait suite à une séance du 2 juillet 2012 ayant réuni l'assurée, la coach et elle-même, la conseillère en réadaptation a estimé qu'aucune autre mesure d'intervention précoce n'était à même d'augmenter la capacité de travail de l'assurée, raison pour laquelle elle mettait un terme à son « mandat IP » et laissait le soin au gestionnaire de donner la suite qui convenait au dossier. Au cours de cette séance, l'assurée avait expliqué que le coaching l'avait aidée à tenter de percevoir les choses autrement. Elle témoignait néanmoins d'une perte de confiance en elle, de difficultés de concentration et d'une perte significative d'efficacité. En guise d'exemple,

l'assurée expliquait avoir tenté de réaliser quelques tâches pour son mari qui travaillait en tant qu'indépendant. Elle avait alors commis des erreurs sur des tâches simples. Elle souffrait en outre d'insomnies de diarrhées et de vomissements lorsqu'elle envisageait des démarches de recherches d'emploi. Enfin, elle rencontrait des difficultés dans son rôle de mère et se battait contre des idées morbides, à savoir des actes agressifs qu'elle pourrait commettre envers ses enfants. Au regard de la situation, l'assurée avait entamé un suivi psychiatrique auprès du Dr I_____.

28. Par communication du 9 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'en raison de son état de santé, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. Une fois qu'il serait en possession du rapport médical de son psychiatre traitant, ce dernier serait soumis pour avis au service médical de l'OAI. Une décision suivrait ultérieurement.
29. Le 11 juillet 2012, l'assurance a transmis le rapport du Dr I_____ du 2 juillet 2012 au Dr F_____ pour avis. Ce dernier s'est déterminé le jour même en indiquant que ce rapport ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr D_____. Du reste, on ne voyait pas comment le psychiatre traitant pouvait admettre une incapacité de travail totale dès le 24 juin 2011 alors qu'il avait vu l'assurée le 14 juin 2012 pour la première fois. En conséquence, il convenait de refuser une reprise du versement des indemnités journalières.
30. Dans un rapport du 12 juillet 2012 à l'OAI, le Dr I_____ a indiqué que le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) était présent depuis juin 2011 et que le traitement ambulatoire qu'il dispensait à l'assurée depuis le 14 juin 2012 consistait en des entretiens psychothérapeutiques complétés par une médication antidépressive (Valdoxan). Son état actuel était caractérisé par les symptômes suivants : anxiété, flash-backs, tristesse, culpabilité, irritabilité et cauchemars. Interrogé sur les restrictions à l'exercice de son activité habituelle, le psychiatre a indiqué que la fatigue, la fatigabilité, la nervosité (anxiété), les difficultés de concentration et l'irritabilité se manifestaient par une impossibilité de se concentrer et de persévérer à la tâche. D'un point de vue médical, l'activité habituelle n'était plus du tout exigible et le rendement totalement réduit, en raison des symptômes évoqués. En l'état, le Dr I_____ ne décelait aucune amélioration à ce D_____, malgré le traitement. À court ou moyen terme, aucune activité professionnelle n'était possible.
31. Par courrier du 27 juillet 2012, l'assurance a informé le mari de l'assurée que le rapport du Dr I_____ du 2 juillet 2012 ne comportait aucun argument médical permettant de remettre en cause les conclusions du Dr D_____. Du reste, le Dr F_____ s'étonnait que le Dr I_____ puisse reconnaître une incapacité totale de travail depuis le 24 juin 2011 alors que le traitement prodigué par ce médecin n'avait commencé qu'en date du 14 juin 2012.

32. Le 8 août 2012, le mari de l'assurée a pris contact avec la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva en vue de négocier, avec le concours d'un médiateur, une solution dans le litige opposant son épouse à l'assurance.
33. Après divers échanges épistolaires entre le médiateur et la caisse, cette dernière a informé le médiateur de l'assurance privée et de la Suva en date du 2 octobre 2012 qu'elle avait demandé au Dr D_____ de contacter le Dr I_____ pour éclaircir la situation médicale de mars 2012 à ce jour.
34. Dans un complément d'expertise du 3 octobre 2012, le Dr D_____ a relaté l'entretien qu'il avait eu le même jour avec le Dr I_____. Ce dernier avait vu l'assurée la semaine précédente et indiqué que même si elle allait mieux, elle ne pouvait toujours pas travailler. Selon ce psychiatre traitant, les procédures en cours intervenaient dans le processus de guérison et tant que celles-ci ne seraient pas achevées, l'évolution ne serait pas totalement favorable. Le Dr I_____ posait actuellement le diagnostic d'épisode dépressif sévère en rémission partielle. Il avait mis en place un traitement de Cymbalta 60 mg par jour et décrit l'état clinique de l'assurée en ces termes : « c'est une personnalité forte, qui ne plie pas, elle a cassé ».

Évoquant les faits nouveaux survenus depuis son examen du 31 janvier 2012, l'expert a estimé que dans son courrier du 24 février 2012 au Dr F_____, le Dr C_____ n'expliquait pas pour quelle raison médicale l'assurée ne pouvait reprendre le travail, raison pour laquelle il avait confirmé les conclusions de son rapport d'expertise du 31 janvier 2012 le 12 mars (recte : le 8 mars) 2012. Le 28 mars 2012, le Dr C_____ avait écrit à l'assurance en évoquant une réaction psychique que l'on pouvait assimiler, selon lui, « à celles qui suivent un état de choc post-traumatique ». Toutefois, ce médecin ne décrivait pas les symptômes présentés par l'assurée. En avril 2012, l'assurée avait émis l'hypothèse d'un départ en Chine pour rendre visite à sa famille. Enfin, elle avait commencé un suivi thérapeutique auprès du Dr I_____ le 14 juin 2012.

Dans la discussion subséquente, le Dr D_____ a indiqué qu'il avait constaté, lors de son examen du 25 janvier 2012, que l'assurée présentait des troubles anxieux légers et des troubles dépressifs très légers. Il n'y avait pas d'atteinte des fonctions intellectuelles. L'assurée disait avoir des activités sportives et sociales et elle avait déjà eu des entretiens d'embauche. Il avait alors différé la reprise d'activité d'un mois, soit au 1^{er} mars 2012 « par confort » pour l'assurée pour qu'elle ait le temps de consolider son état. Selon l'expert, ni le Dr C_____ ni le Dr I_____ ne décrivaient d'autres symptômes que ceux qu'il avait constatés. En définitive, ces deux médecins adhéraient sans retenue aux allégations de mauvais traitements faites par l'assurée, ce qui était normal au regard de leur rôle de médecin traitant. Toutefois, cela les amenait ensuite à créer un lien de causalité direct et par conséquent erroné entre ces faits supposés et l'interruption de travail.

L'expert a constaté que l'assurée était restée sans traitement psychothérapeutique ni psychiatrique de janvier 2012 (recte : fin juillet 2011) – date à laquelle elle avait interrompu son suivi avec Mme E_____ – à juin 2012, début de la prise en charge par le Dr I_____. Durant cette période, elle avait envisagé de se déplacer en Chine. Il n'apparaissait pas clairement si ce voyage avait eu lieu ou non. En janvier, l'expertisée était au bénéfice d'un traitement homéopathique et naturopathique, en juin, le Dr I_____ indiquait qu'il prescrivait 25 mg par jour de Valdoxan, en octobre, il disait prescrire 60 mg par jour de Cymbalta. Ce dernier évoquait « dans le même courrier » deux diagnostics différents. Aucun tableau clinique correspondant à l'un ou l'autre de ces diagnostics n'avait été évoqué depuis le début de l'affaire. Par opposition, l'état clinique qu'il avait lui-même constaté lors de l'examen du 25 janvier 2012 et les éléments anamnestiques qu'il avait recueillis étaient incompatibles avec « ces deux diagnostics ».

S'agissant des tests que le Dr I_____ disait avoir fait passer à sa patiente, il convenait de relever les éléments suivants : les examens cités n'étaient pas des tests mais des échelles d'évaluation. De tels examens n'avaient pas valeur de diagnostic mais ils avaient pour fonction d'évaluer l'ampleur de symptômes qui devaient être diagnostiqués cliniquement. L'échelle de Hamilton existait en différentes versions et l'on ne savait pas laquelle avait été choisie. L'échelle de Spielberger était une autoévaluation à laquelle un expertisé pouvait répondre comme bon lui semble et qui n'avait donc pas de pertinence dans un contexte asséculo-logique. À noter enfin que ni l'échelle de Hamilton, ni celle de Spielberger ne permettaient d'évaluer l'ampleur d'un éventuel état de stress post traumatique.

En conclusion, l'expert était d'avis qu'aucun fait nouveau ne permettait de remettre en cause son évaluation du 31 janvier 2012. Les éléments apportés par les Drs C_____ et I_____ n'avaient à son sens aucune valeur probante pour l'évaluation de l'aptitude au travail de l'assurée. Il était donc dans l'impossibilité « de trouver un accord avec le Dr I_____ » quant à l'incapacité de travail de l'assurée depuis le 1^{er} mars 2012.

35. Par courrier du 9 novembre 2012, l'assurance a exposé en substance au médiateur que même si le complément d'expertise du 3 octobre 2012 plaidait en faveur du statu quo, elle était néanmoins disposée à rencontrer l'assurée afin de lui expliquer la situation et de trouver, le cas échéant, une solution à l'amiable.
36. Par avis médical du 5 décembre 2012 à l'OAI, le docteur J_____, médecin SMR, a mentionné que les diagnostics retenus étaient : état de stress post-traumatique suite à un licenciement, état dépressif persistant et crise de panique. Cette pathologie n'était pas invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.
37. Le 29 janvier 2013, l'assurance a adressé à l'assurée une proposition de « convention de règlement » prévoyant le versement d'indemnités journalières basées sur un taux d'incapacité de travail de 100% du 1^{er} mars 2012 au 30 avril 2012 pour règlement de toutes prétentions (pièce 98 défenderesse).

-
38. Le 13 février 2013, l'assurance a imparti un délai au 28 février 2012 à l'assurée pour lui retourner la convention de règlement du 29 janvier 2013. Pour le surplus, elle lui a fait savoir qu'elle n'entendait pas mettre en œuvre de nouvelle expertise médicale ni organiser un nouvel entretien avec le Dr D_____. À ce jour en effet, aucun document « nouveau et probant » n'était parvenu à cet expert.
 39. Par décision du 7 mars 2013, l'office AI pour les assurée résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. L'OAIE a notifié une copie de cette décision à la caisse.
 40. Par courrier du 11 avril 2013, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a fait savoir à l'assurance que sa proposition transactionnelle du 29 janvier 2013 ne tenait pas compte de son incapacité de travail. Celle-ci était entière du 24 juin 2011 au 1^{er} mars 2013. Depuis le 1^{er} mars 2013, elle était de 50%. Dès lors que l'OAI, par décision du 9 juillet 2012, lui avait refusé des mesures de réadaptation professionnelle en raison de son état de santé, jugé incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle et qu'il persistait un état dépressif moyen, référence étant faite à un certificat du Dr I_____ du 8 mars 2013, il était nécessaire qu'elle puisse rencontrer à nouveau le Dr D_____ afin que son incapacité de travail et la période durant laquelle le versement des indemnités journalières devait être effectué fussent réévaluées. À défaut de nouvel entretien, il incombait à la caisse de verser, à l'assurée, les indemnités journalières dues pour son incapacité de travail de 100% pour la période du 1^{er} mars 2012 au 1^{er} mars 2013.
 41. Le 7 mai 2013, l'assurance a fait savoir à l'assurée qu'elle était uniquement disposée à prolonger son offre de proposition transactionnelle pour solde de tout compte jusqu'à fin mai 2013.
 42. Le 27 mai 2013, l'assurée a annoncé à l'assurance qu'elle ne pouvait accepter sa proposition de versement d'indemnités journalières pour deux mois supplémentaires seulement. Elle a également produit le certificat médical du Dr I_____ du 8 mars 2013, selon lequel l'assurée était venue régulièrement à ses consultations depuis le début de son traitement chez lui et avait fait preuve d'une compliance totale. En complément aux entretiens psychothérapeutiques, il lui avait administré un traitement antidépresseur, le Valdoxan 25 mg à raison d'un comprimé le soir au coucher. Constatant que le taux plasmatique de cet antidépresseur était insuffisant, il avait augmenté le dosage à deux comprimés. Tout récemment, vu le taux sérique, il lui avait demandé de ne prendre plus qu'un seul comprimé. Sous l'effet de ce traitement il avait observé une lente mais sûre amélioration de son état thymique, tant sur le plan de l'anxiété que sur celui de la dépression. Actuellement, le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen F32.1. Parallèlement, sa capacité de travail se trouvait aussi améliorée avec un taux de 50% à partir du 1^{er} mars 2013. La durée qui avait été nécessaire pour obtenir cette évolution favorable de l'état psychique de l'assurée confortait le Dr I_____ dans son impression première au sujet de l'état pathologique initial, à savoir qu'elle

souffrait d'un trouble dépressif sévère, avec forte composante anxieuse, consécutif à un stress post-traumatique réactionnel au harcèlement psychique et sexuel qu'elle avait subi pendant longtemps à son lieu de travail.

43. Le 7 février 2014, le Dr I_____ s'est déterminé sur une série de questions que le conseil de l'assurée lui avait posées. Reprenant en substance les explications ressortant de son certificat du 8 mars 2013, le psychiatre a précisé que l'assurée ne signalait pas de pathologie psychique avant l'épisode survenu à Genève, déclenché par son licenciement survenu le 4 avril 2011. Lorsqu'il avait succédé au Dr C_____ le 14 juin 2012 pour le suivi médical de l'assurée, il avait constaté d'emblée un tableau clinique caractéristique d'un trouble dépressif sévère avec forte composante anxieuse dans le cadre d'un état de stress post-traumatique (F 43.1). Tristesse, découragement, sentiments de culpabilité, irritabilité (rapports difficiles avec ses enfants et son mari), signes évidents d'anxiété, logorrhée et hypermotilité imprégnaient le tableau clinique. L'assurée signalait en outre de la fatigue et de la fatigabilité, un manque de motivation (aboulie), une absence de capacité de se réjouir (anhédonie) ainsi que des troubles de la concentration et de l'application (aprosexie).

Le trouble dépressif sévère constaté au début du traitement avait fait place à une lente amélioration mais il persistait un trouble résiduel. Il n'y avait donc pas de retour au *statu quo ante*. Le diagnostic actuel était donc un épisode dépressif moyen F32.1 qui pouvait s'expliquer par l'intensité et la durée de l'agression subie. L'assurée prenait du Valdoxan depuis juillet 2012. Dans la mesure où l'augmentation de la dose initiale (25 mg/jour) de ce médicament à 50 mg/jour n'avait pas permis d'obtenir de meilleurs effets, le Dr I_____ était revenu à 25 mg/ jour, soit la dose actuelle. La compliance était bonne et l'assurée venait régulièrement à ses séances. Actuellement, leur fréquence variait entre une à deux par mois. La maladie de l'assurée avait entraîné une incapacité de travail d'abord totale, ordonnée par le Dr C_____ à partir du 14 juin 2011, poursuivie par lui-même jusqu'au 28 février 2013. À partir du 1^{er} mars 2013, sa capacité de travail était estimée à 50%, taux qui restait valable à ce jour.

44. Le 18 février 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, concluant à la condamnation de celle-ci à lui verser les sommes de CHF 112'716.20 plus intérêt moyen à 5% dès le 25 octobre 2013 et CHF 2'282.60 plus intérêt à 5% dès le dépôt de la demande, le tout sous suite de dépens. Le premier montant correspondait au solde des indemnités journalières dues, soit 365 jours à CHF 267.10 et 114 jours à CHF 133.55. Au 28 février 2012, la défenderesse avait versé des indemnités journalières durant 237 jours. Étant donné que la durée de versement contractuellement prévue était de 730 jours sous déduction d'un délai d'attente de 14 jours, il restait un solde de 479 jours qui se subdivisait en 365 indemnités journalières entières du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013 et 114 indemnités journalières à 50% à partir du 1^{er} mars 2013. Le second montant représentait des dommages et intérêts, plus précisément les frais et

honoraires d'avocat avant procédure, soit 5h45 à CHF 350.- (= CHF 2'012.50) au titre de l'activité déployée par le conseil de la demanderesse du 2 octobre 2013 au 5 février 2014, auxquels s'ajoutaient les frais de gestion du dossier à hauteur de CHF 101.- ainsi que la TVA au taux de 8% (CHF169.10). Sur le fond, la demanderesse a soutenu en substance que le rapport d'expertise du Dr D_____ était dépourvu de valeur probante et qu'il y avait lieu de se fonder sur les rapports médicaux « parfaitement limpides et clairs » du Dr I_____. Il convenait ainsi de tenir pour établi que la demanderesse était en incapacité de travail à 100% du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013 puis à 50% dès le 1^{er} mars 2013.

45. Par réponse du 18 mars 2014, la défenderesse a conclu avec suite de dépens que la demande soit déclarée irrecevable en tant qu'elle tendait au paiement de dommages-intérêts et qu'elle soit rejetée pour le surplus. En effet, ni le Dr C_____ ni le Dr I_____ n'avaient valablement et scientifiquement contesté les considérations et conclusions de l'expert D_____ qui remplissaient tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Du reste, l'OAIE, dans sa décision du 7 mars 2013, était également parvenu à la conclusion que la demanderesse ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante. En l'absence de recours, cette décision était devenue exécutoire. Compte tenu de ces éléments, la demanderesse n'avait pas apporté la preuve, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'elle avait présenté une incapacité de gain de 100% du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013 puis de 50% du 1^{er} mars 2013 au 22 juin 2013.
46. Entendue à l'audience de comparution personnelle des parties du 11 juin 2014, la demanderesse a déclaré qu'elle était toujours sous traitement chez le Dr I_____, à raison de deux consultations par mois et qu'elle prenait du Valdoxan 25mg, un comprimé le soir. Le Dr I_____ lui avait délivré un certificat de reprise de travail à 100% un mois auparavant, mais elle n'avait pas encore retrouvé de travail. En raison d'un accident, elle présentait toutefois une incapacité de travail entière en raison de cet événement. Le rapport d'expertise du Dr D_____ comportait des inexactitudes. Quant à l'entretien du 25 janvier 2012, il avait duré à peine 30 minutes au cours desquelles l'expert avait parlé la plupart du temps sans l'écouter, précisant qu'il était en possession d'un rapport de la défenderesse et qu'il savait ce qui se passait. Lorsqu'elle lui avait expliqué qu'elle avait été victime de harcèlement sexuel et de mobbing, le Dr D_____ lui avait rétorqué : « Madame, ce n'est pas parce que l'on voit le sexe d'un homme que l'on se met en arrêt de travail ». L'expert avait ajouté qu'on trouvait ce genre de patron un peu partout. Elle avait pleuré durant tout l'entretien, pouvant à peine répondre aux questions de l'expert. Pour terminer, ce dernier avait annoncé qu'il la laissait encore un mois en arrêt de travail. Après quoi, il lui était loisible de s'inscrire au chômage si elle voulait de l'argent. Elle avait consulté le Dr I_____ la première fois en juin 2012 après l'expertise du Dr D_____. Elle ne l'avait pas consulté auparavant parce qu'elle était suivie par son médecin traitant. Suite à l'expertise, elle était effondrée

et ne sortait plus de chez elle. Son mari lui avait dit de consulter un spécialiste. Il avait également signalé sans délai à la défenderesse dans quelles conditions l'expertise s'était déroulée et quelles en avaient été les conséquences pour son état psychique. Elle avait cherché du travail et n'avait décroché qu'un seul entretien d'embauche pour un poste d'opératrice et d'assistante de gestion dans une entreprise. Il y avait plusieurs tâches et elle aurait dû travailler avec des messieurs. Il s'agissait d'une entreprise chinoise, plus précisément d'une banque où elle aurait pu parler sa langue. Selon le feedback des responsables, il s'avérait qu'elle n'était pas prête à reprendre une activité.

Le conseil de la demanderesse a ajouté qu'il avait déposé une action contre les anciens employeurs devant le Tribunal des Prud'hommes, précisant qu'il n'y avait pas de procédure pénale en parallèle. Le rapport du Dr D_____ contenait des erreurs, en ce sens qu'il faisait notamment état d'un traitement de Cymbalta alors que sa cliente n'avait jamais reçu un tel traitement. S'il est vrai que sa cliente n'avait pas contesté la décision de l'OAIE, il convenait d'avoir à l'esprit que son but n'était pas de percevoir une rente, mais de retrouver du travail.

La défenderesse a soutenu qu'il n'existait pas un droit d'être entendu dans le cadre de la mise en œuvre d'une expertise relevant d'une matière régie par la LCA. L'assurance choisissait donc l'expert et posait les questions qu'elle entendait. Ceci était précisé dans les conditions générales et un assuré pouvait bien entendu toujours récuser l'expert désigné (cf. clause G10 des conditions générales, pièce 2 p. 9 demanderesse). Dans les cas où un assuré se plaignait des conditions dans lesquelles l'expertise s'était déroulée, le dossier était d'abord soumis au médecin-conseil de l'assurance, soit au docteur F_____. Il n'y avait pas de médecin-conseil psychiatre. En l'occurrence, le médecin-conseil avait considéré sur la base des pièces du dossier et des pièces médicales qu'il n'y avait pas lieu de mandater un autre expert.

47. La chambre de céans a ouvert les enquêtes. Entendu à l'audience du 17 septembre 2014, le Dr D_____ a confirmé avoir vu l'assurée. En revanche, il ne se rappelait pas du contenu de l'entretien, ni de sa durée, précisant que d'habitude, de tels entretiens duraient $\frac{3}{4}$ heures. Il n'avait pas pris contact avec Mme E_____, psychologue. Même s'il ne se souvenait pas exactement du contenu de l'entretien, il ne pensait pas avoir mis en doute les faits relatés par la demanderesse, ni avoir prononcé la phrase que lui prêtait la demanderesse, à savoir : « ce n'est pas parce qu'on voit le sexe d'un homme qu'on est en incapacité de travail », ajoutant qu'il ne lui appartenait pas, quoi qu'il en soit, de déterminer la nature des faits opposant la demanderesse à son ex-employeur, mais de se prononcer du point de vue médical.

Il était exact que lorsqu'il avait indiqué, dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2012, que « si l'état pathologique de l'assurée perdurait ou devait s'aggraver [...] », il n'excluait pas la possibilité d'une aggravation, qui était toujours possible. Il a confirmé que la défenderesse lui avait demandé un complément d'expertise et non

une nouvelle expertise. Il aurait dû revoir la demanderesse s'il s'était agi d'une nouvelle expertise. Pour son complément d'expertise du 3 octobre 2012, il s'était donc fondé sur le dossier que la défenderesse lui avait transmis ainsi que sur un entretien téléphonique qu'il avait eu avec le Dr I_____. Il ne se souvenait plus du contenu de cet entretien. Toutefois, il en avait relaté la teneur dans son rapport de complément d'expertise. À cet égard, il était exact que le Dr I_____ avait parlé d'épisode dépressif sévère. Cela étant, il ne lui appartenait pas de décider de son propre chef de revoir la demanderesse. Il était du ressort de la défenderesse de le lui demander.

Le traitement de Cymbalta, initialement mis en place par le Dr I_____, représentait un traitement antidépresseur classique et le dosage, à savoir 60 mg par jour correspondait à un dosage standard. Le fait que plusieurs mois après son rapport d'expertise du 31 janvier 2012, le Dr I_____ ait mis en place un tel traitement ne modifiait pas le contenu de son expertise. Du reste, ce médecin ne lui avait pas décrit de symptômes précis à la base de son diagnostic. Il est vrai qu'il n'avait pas de connaissances particulières de la culture asiatique et qu'il était d'accord avec l'idée du Dr I_____ selon laquelle il n'avait pas tenu compte de ce fait. Personnellement, il n'avait pas jugé utile de faire appel à un ethnopsychiatre. Il était exact que la culture de la demanderesse pouvait jouer un rôle d'un point de vue psychiatrique, mais de son point de vue, ce rôle ne pouvait pas être considéré comme majeur. En psychiatrie générale, il était reconnu que l'expression des symptômes psychiatriques variait d'un individu à l'autre en fonction de son mode de vie par exemple. Ce facteur était pris en compte dans l'état général des patients.

Si la demanderesse continuait à présenter des symptômes tels que vomissements, pleurs, évitements, cela signifiait que les symptômes émotionnels perduraient. De tels symptômes pouvaient soit s'amender par eux-mêmes ou nécessiter un traitement psychothérapeutique voir médicamenteux. Il ne savait pas pourquoi la demanderesse n'avait pas consulté un psychiatre au moment où les symptômes étaient les plus aigus. Il ne savait pas non plus pour quel motif elle avait consulté un psychiatre plusieurs mois après l'expertise.

Lors de son entretien téléphonique avec le Dr I_____, ce dernier avait considéré que la demanderesse présentait un épisode dépressif sévère. Pour sa part, il ne pouvait pas se prononcer à ce sujet car il ne l'avait pas revue depuis l'expertise. Toutefois, ce que le psychiatre traitant lui avait dit ne lui avait pas permis de modifier ses conclusions antérieures.

Prenant position au sujet du rapport du Dr I_____ du 2 juillet 2012, le Dr D_____ a constaté que ce psychiatre posait deux diagnostics différents. Le premier correspondait à un état de stress post-traumatique et le second à un état dépressif sévère. Il ne trouvait pas de description des symptômes ni de l'état clinique dans ce rapport. Pour sa part, il n'avait constaté à aucun moment l'existence ou les causes d'un état de stress post-traumatique lorsqu'il l'avait vue. En effet, pour poser un tel diagnostic, il fallait que l'événement déclencheur mît en

péril la vie de la demanderesse et/ou de son entourage. C'était ce qui ressortait de la classification internationale des maladies. De son point de vue, l'événement dont la demanderesse lui avait fait part ne pouvait entraîner d'état de stress post-traumatique.

Prenant position au sujet du rapport du Dr I_____ du 12 juillet 2012 à l'OAI, le Dr D_____ a déclaré qu'il ne se souvenait pas avoir eu connaissance de ce rapport qui comportait une description des symptômes. Cela dit, ces symptômes ne correspondaient pas au diagnostic d'état de stress post-traumatique mais à celui de trouble dépressif ou de trouble de l'adaptation. De plus la sévérité des symptômes n'était pas indiquée. En revanche, le point 1.4 de ce rapport correspondait plus à un état de stress post-traumatique. Toutefois, il ne pensait pas que ce rapport aurait pu modifier la teneur de son rapport complémentaire parce qu'il n'avait pas revu la demanderesse. En outre les symptômes décrits dans ce rapport du 12 juillet 2012 n'étaient pas cohérents par rapport à ce qu'il avait constaté auparavant. En effet, la demanderesse ne présentait ni état de stress post-traumatique ni état dépressif sévère, mais il n'était pas exclu qu'elle ait pu présenter un état dépressif sévère en juillet.

Entendu le même jour par la chambre de céans, le Dr C_____ a expliqué qu'il était le médecin traitant de la demanderesse et qu'il lui avait prescrit les premiers arrêts de travail. Il lui avait conseillé de consulter une psychologue parce qu'il connaissait bien Mme E_____ et qu'il pensait que cela était particulièrement indiqué dans son cas. Il recevait la demanderesse en consultation depuis août 2008. Lorsqu'elle était venue le voir en avril 2011, il l'avait trouvée très choquée. Elle n'était pas dans son état normal en ce sens que les événements vécus sur le plan professionnel l'avaient profondément touchée. Au début, les symptômes se manifestaient par de la peur, de l'anxiété et des pleurs. À ce moment, elle n'était pas en dépression. C'était la période « post-choc », très brutale au début. Le premier arrêt de travail avait été délivré par son gynécologue. En juin 2011, elle présentait, outre un arrêt de la lactation, des insomnies, des palpitations, des pleurs et des dyspnées. Elle avait refait des cystites, ce qui ne s'était plus produit depuis longtemps. Il l'avait vue sept fois en 2011. En janvier 2012, l'expertise du Dr D_____ l'avait choquée car elle avait le sentiment de ne pas avoir été entendue. À ce moment, tous les symptômes étaient réapparus. Son état de santé avait évolué vers un état dépressif anxieux à fin 2011-début 2012 et les problèmes rencontrés avec la défenderesse avaient entraîné une surcharge psychique. Il avait posé ce diagnostic en janvier 2012, lui avait prescrit du Redormin ainsi qu'un traitement homéopathique à base de millepertuis et de ginko. À partir du 25 juin 2012, il avait administré du Valdoxan, (antidépresseur, tranquillisant et somnifère).

De son point de vue, le traitement était adapté mais il avait préféré que la demanderesse fût également suivie par un psychiatre. Son état de santé s'était aggravé fin janvier 2012 dans la mesure où la dépression s'était ajoutée à l'anxiété. Elle lui avait téléphoné en mai 2012. Il avait alors contacté le Dr I_____ au mois

de juin 2012 et procédé à un consilium avec ce confrère. Elle allait un peu mieux, présentait des hauts et des bas mais elle avait besoin d'un traitement psychologique avec un psychiatre. Il avait eu un autre entretien avec le Dr I_____. Celui-ci était convaincu que son état de santé était dû à ce qu'elle avait vécu. Le Dr I_____ et lui avaient alors estimé que la demanderesse était incapable de travailler, déjà en janvier 2012. Il ne l'avait pas revue, sauf une fois pour un problème de genou consécutif à un accident survenu en novembre 2013.

Il avait pris connaissance du rapport d'expertise du Dr D_____. Après quoi, il avait réagi auprès de la Bâloise en février 2012. Il n'était pas d'accord, surtout avec le retour à une capacité de travail pleine et entière au 1^{er} mars 2012. Aussi avait-il eu un entretien téléphonique avec le Dr D_____ afin de reporter la reprise du travail à mai 2012. Ce dernier avait alors indiqué que c'était une possibilité. Mais en mai 2012, l'état de santé de la demanderesse ne s'était pas amélioré.

Il avait prescrit du Valdoxan le 25 juin 2012. S'il avait prescrit uniquement un traitement homéopathique et de la psychothérapie avec Mme E_____ auparavant, c'était parce qu'il espérait la soigner « sans chimie ». Actuellement, on considérait que le millepertuis était aussi efficace qu'un antidépresseur classique dans le cadre d'une dépression légère à modérée.

En 2012, il avait reçu la demanderesse en consultation le 23 janvier, le 9 février, le 26 mars et le 25 juin. À cela s'ajoutaient des entretiens téléphoniques avec la patiente le 30 janvier, le Dr D_____ le 31 janvier et M. K_____ le 10 juillet 2012 ainsi qu'un consilium avec le Dr I_____ le 20 juin 2012.

Il n'avait pas revu la demanderesse entre le 26 mars et le 25 juin 2012 puisqu'elle était en psychothérapie chez Mme E_____. À cette époque, il voulait attendre de connaître l'évolution de son suivi.

Pour affirmer qu'en mai 2012, son état de santé ne s'était pas amélioré, il se fondait sur le fait que les symptômes étaient toujours présents ainsi que sur l'avis du Dr I_____ avec lequel il s'était entretenu le 20 juin 2012. Ainsi, il avait établi les certificats d'arrêt de travail entre le 26 mars et le 25 juin 2012. Après, c'était le Dr I_____ qui avait pris la relève.

À l'époque où il établissait lui-même les certificats d'arrêt de travail, il ne recevait pas la demanderesse en consultation pour cette occasion. C'était elle qui lui téléphonait pour prolonger les certificats mois par mois. En cas de mobbing, il estimait que la durée d'arrêt de travail était comprise entre six mois à un an. C'est pourquoi il ne faisait pas revenir la demanderesse chaque mois à son cabinet. C'étaient les assurances qui obligeaient les médecins à faire des arrêts de travail mensuels.

Également entendue en qualité de témoin le 17 septembre 2014, Mme E_____ a indiqué qu'elle avait vu la demanderesse deux fois, soit le 15 et le 29 juillet 2011 pour une évaluation. Dans un premier temps, elle avait pensé pouvoir la traiter mais elle s'était ravisée lors de la deuxième séance lorsque la demanderesse lui avait

expliqué qu'elle était en procès avec son employeur. Ce n'était qu'une fois la situation établie en justice (harcèlement et mobbing) que le traumatisme prenait fin et qu'il pouvait être valablement traité par la méthode EMDR. Elle lui avait dit qu'elle serait à sa disposition une fois ce procès terminé. La demanderesse ne s'est toutefois pas manifestée de sorte que la méthode EMDR en est restée au stade d'une simple évocation.

48. À l'audience d'enquêtes du 29 octobre 2014, le conseil de la demanderesse a requis la mise en place d'une expertise psychiatrique sur dossier. Depuis le mois de mai 2014, sa mandante était inscrite au chômage pour un poste à 100%. La procédure prud'homale était au Tribunal fédéral après un jugement sur incident.

Le conseil de la défenderesse a déclaré pour sa part que sa mandante s'en rapportait à justice quant à la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise.

Entendu le même jour en qualité de témoin, le Dr I_____ a confirmé la teneur de ses rapports médicaux des 2 et 12 juillet 2012, 8 mars 2013 et 7 février 2014. Lorsque la demanderesse était venue à sa consultation, il avait constaté qu'elle était psychologiquement atteinte, très anxieuse, tantôt absente, tantôt très dépressive. C'était le tableau clinique qu'il avait pu mettre en évidence. Lorsqu'il avait relevé à l'anamnèse que la demanderesse avait subi un harcèlement sexuel à son travail, il s'était bien entendu fondé sur ses déclarations. Il avait posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Selon la classification internationale CIM-10, on était en présence d'un état dépressif jugé grave. Il y avait bien deux diagnostics mais l'un était la conséquence de l'autre, en ce sens que la demanderesse n'aurait pas fait d'état dépressif si elle n'avait pas été agressée. Elle avait été victime de harcèlement sexuel depuis longtemps et finalement, « cerise sur le gâteau », elle avait été licenciée. Il pouvait confirmer que les symptômes de l'état de stress post-traumatique étaient présents depuis juin 2011 et encore un an après la consultation. Il avait pu tirer cette conclusion en s'appuyant sur l'historique de la maladie et sur le fait que son confrère C_____ l'avait vue. Celui-ci lui avait fait part de ses impressions et lui avait envoyé copie de ses rapports. Il pensait que l'état dépressif de la demanderesse s'était développé avant juin 2011, suite à ce qui se passait au travail mais que le coup de grâce avait été porté par le licenciement. Son confrère, le Dr C_____ l'avait soignée d'abord par des méthodes naturelles. Vu la persistance des symptômes, celui-ci la lui avait adressée et il avait alors opté pour une thérapie différente, c'est-à-dire la mise en place d'un antidépresseur moderne, le Valdoxan, dont il avait porté le dosage de 25 à 50 mg/ jour le 30 juillet 2012. L'évolution avait alors été favorable. Le 25 février 2013, suite à un nouveau dosage plasmatique, il était revenu à 25 mg par jour jusqu'à ce jour. Il ne comprenait pas pourquoi l'expert avait mis en doute les tests de Hamilton et de Spielberger, mesurant respectivement la dépression et l'anxiété. De son point de vue, ces tests constituaient un apport précieux. Interrogé sur le point de savoir si un patient pouvait exagérer ses réponses à ces tests, le Dr I_____ a répondu qu'il ne s'agissait pas d'un travail d'improvisation mais de synthèse qui tenait compte de

l'anamnèse, des symptômes, de l'état clinique et du contexte social notamment. En cas de réponse incohérente, il faisait préciser les réponses à la question. En l'occurrence, il était exact que les deux tests auxquels il avait procédé avaient corroboré les constatations médicales qu'il avait faites.

Il avait effectivement été contacté par le Dr D_____ le 1^{er} octobre 2012. Il avait alors indiqué à cet expert qu'il trouvait que son rapport ne tenait pas suffisamment compte de la gravité de la situation et que la demanderesse n'était pas du tout prête à reprendre le travail le 1^{er} mars 2012. Le Dr D_____ l'avait écouté, sans donner l'impression de s'opposer à son interlocuteur à ce moment-là, ajoutant qu'il allait réfléchir à la question.

Il avait reçu la demanderesse en consultation une fois par semaine au début, puis la fréquence avait diminué à deux fois par mois en moyenne jusqu'à ce jour. Il avait évalué sa capacité de travail à 50% à partir du 1^{er} mars 2013 et à 100% à partir du 1^{er} mai 2014.

Il avait pris connaissance du rapport d'expertise du Dr D_____ et de son complément. Il n'était pas d'accord avec l'expert, en particulier avec le diagnostic de trouble dépressif léger, voire très léger. Ce qui l'avait frappé, c'était que la conclusion de l'expert se basait uniquement sur sa propre perception des choses, des symptômes et du tableau clinique. Lorsque le Dr D_____ évoquait les rapports des médecins traitants avec la demanderesse et qu'il indiquait que cela les amenait à créer un lien de causalité directe et donc erroné entre des faits supposés et l'incapacité de travail, ce point de vue était faux : « le médecin traitant compatit avec le patient mais il n'accepte quand même pas tout ». Il avait d'autant moins de motifs de mettre en doute la parole de la demanderesse qu'il y avait des faits. Il était exact qu'elle lui avait fait part d'un retrait social, notamment qu'elle ne faisait plus les choses qu'elle faisait d'habitude, par exemple du sport. En outre, l'expert avait commis une erreur en prétendant qu'il avait mis en place un traitement par Cymbalta de 60 mg par jour. Tel n'avait jamais été le cas. Il n'avait jamais indiqué ce fait dans aucun rapport, ni par téléphone.

Au regard des faits subis par la demanderesse, qui avaient entraîné une grave atteinte à la santé psychique, il était normal qu'elle fût encore en traitement à ce jour. Le pronostic était plutôt optimiste vu l'évolution. Elle l'avait échappé belle car elle aurait pu développer une névrose post-traumatique, c'est-à-dire une atteinte à la personnalité durable et invalidante.

L'évolution de l'état de santé de la demanderesse avait été favorable en ce sens que maintenant, depuis le mois de mai 2014, elle était apte à travailler à plein temps. L'arrêt de travail avait été une mesure thérapeutique, équivalente à un médicament. Il ne représentait ni une faveur ni un luxe. Un traitement antidépresseur devait être suivi assez longtemps jusqu'à ce que l'assurée récupère entièrement son humeur. Plus l'atteinte était grave, plus le traitement était long. À l'heure actuelle, le tableau clinique était nettement meilleur et c'était pour cela qu'elle pouvait maintenant

reprendre un travail à plein temps. De même, pour interrompre un traitement médicamenteux, il convenait de réduire progressivement le dosage jusqu'à arrêt complet. Il ne fallait pas arrêter le traitement du jour au lendemain. Si le traitement était assez long, le psychisme s'en trouvait renforcé et il y avait moins de risques de rechute.

Entendue le même jour, Mme H_____ a exposé qu'au fil des six séances de coaching qu'elle avait dispensées de mars à juin 2012, elle s'était rendue compte que la demanderesse cachait beaucoup de souffrances et de blessures passées derrière une façade de force qui s'expliquait pour des motifs culturels. Dans la culture chinoise, il fallait cacher ses émotions, ses faiblesses. Perdre la face était vécu comme une mort sociale, une grande honte, d'autant que la réussite professionnelle occupait une place importante. Dans les rapports avec les autorités, il fallait toujours dire oui, être poli. Invitée à se déterminer sur la note de travail de Mme H_____ du 9 juillet 2012, le témoin a confirmé qu'elle avait encouragé la demanderesse à s'adresser à un médecin psychiatre. Les souffrances et les blessures qu'elle avait constatées étaient des choses qu'elle était incapable de prendre en charge et qu'il fallait traiter par la mise en place d'une thérapie. Elle ne pouvait pas se déterminer quant à la capacité de travail de la demanderesse, car elle n'en avait pas les compétences et cela ne lui avait pas été demandé. Sa mission avait pour objet un accompagnement vers une réintégration professionnelle.

Entendu à titre de renseignement, M. K_____, mari de la demanderesse, a déclaré qu'il avait constaté une dégradation de l'état de santé de son épouse dès le jour de son licenciement. À partir de ce moment, elle cessa d'allaiter leur dernier enfant et devint inefficace vis-à-vis de la famille. Elle était devenue une autre personne, très irritable avec ses enfants et son mari. Il lui avait proposé de s'adresser à un syndicat à la suite du licenciement. Elle avait pu se confier à une syndicaliste et lui exposer ce qu'elle avait enduré durant les sept années qui avaient précédé le licenciement, à savoir harcèlement sexuel, mobbing, attouchements et exhibitionnisme. Elle avait gardé ces faits secrets durant tout ce temps, de peur que son mari ne la quitte. Il travaillait en effet avec la société dont sa femme était l'employée. C'était lui qui l'y avait fait entrer et elle avait peur que les relations commerciales cessent, que les efforts qu'elle avait fournis pour avoir une situation professionnelle s'effondrent, notamment dans l'éventualité d'une confrontation entre son mari et son patron. Ainsi, lorsque son licenciement est intervenu sans motifs, c'était comme si une montagne s'était écroulée.

Lorsque son épouse fut convoquée en janvier 2012 chez le Dr D_____, il effectuait avec elle un travail depuis plusieurs mois pour l'amener à prendre conscience qu'elle était en dépression et qu'il fallait qu'elle consulte un spécialiste. Il avait téléphoné tout de suite au Dr D_____ à réception de la convocation pour l'informer que son épouse n'était pas de langue maternelle française et qu'il se pouvait qu'elle ne comprenne pas très bien le sens de certaines questions et réponde à côté. L'expert lui avait répondu qu'il ne pouvait pas assister à l'entretien mais que

tout se passerait bien. À l'issue de cet entretien, qui n'avait même pas duré trente minutes, son épouse était en larmes. Il avait dû écarter les enfants pour qu'ils ne voient pas leur mère dans cet état. Il avait tenté de joindre le Dr D_____ le soir même car il était fâché. Finalement, il l'avait joint le lendemain en s'adressant à lui de manière polie, même si le ton était certainement agressif. Tout le travail effectué depuis plusieurs mois pour qu'elle reprenne confiance en elle et aille voir un spécialiste avait été réduit à néant. Il avait alors entrepris diverses démarches pour obtenir un deuxième entretien entre le Dr D_____ et son épouse, mais en fin de compte, celles-ci s'étaient heurtées au refus de la défenderesse. La situation de son épouse avait commencé à s'améliorer à fin 2013 en ce sens qu'elle reprenait goût à la vie, s'adonnait à nouveau à certaines activités qu'elle avait arrêtées (cuisine, bricolage avec les enfants). Auparavant, elle s'était complètement refermée sur elle-même, ne faisait plus de sport, ne voyait plus d'amis, préférait rester à l'intérieur et se couper de la réalité. Avant 2010, elle faisait un peu de sport, de tennis etc.

49. Le 31 octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI de la demanderesse.
50. Par ordonnance du 15 décembre 2014, la chambre de céans a confié une mission d'expertise au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
51. Le 21 novembre 2015, le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise. Celui-ci se fondait sur un entretien avec la demanderesse le 28 octobre 2015 et l'étude de son dossier.

Après avoir retracé l'anamnèse, résumé les principaux éléments anamnestiques et cliniques extraits des pièces du dossier et recueilli les plaintes de la demanderesse, l'expert a établi son status psychiatrique et posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (diagnostic actuel ; F41.2) et d'épisode dépressif moyen à sévère (diagnostic rétrospectif vraisemblable ; F32. 1-2). Le contact était adéquat, adapté au contexte de l'expertise, ouvert et confiant. La demanderesse était tendue, avait des mouvements de crispation des mains et une tendance à l'agitation motrice. Son expression faciale était inquiète et anxieuse. L'expert avait constaté une grande labilité émotionnelle : elle était en pleurs aussi bien quand elle faisait le récit de son enfance que lorsqu'elle évoquait le harcèlement sexuel dont elle avait été victime. Son discours était bien structuré et parfaitement cohérent, informatif et précis, sans anomalies formelles. Elle avait répondu sans détours ni hésitation aux questions posées. La mémoire autobiographique était fiable et sûre : elle avait des souvenirs précis et elle avait pu se remémorer sans difficulté les dates de nombreux événements de son histoire personnelle.

Dans la discussion subséquente, l'expert a relevé que le Dr C_____, premier médecin consulté par la demanderesse après son licenciement, avait estimé le 28 mars 2012 qu'elle présentait des réactions assimilables à un « état de choc post-traumatique » Selon le Dr L_____, les symptômes psychiques ou psychiatriques mentionnés dans le rapport du Dr C_____ du 14 juillet 2011 (insomnies,

dépression, pleurs, irritabilité) ne permettaient pas de poser un diagnostic psychiatrique selon la CIM-10 ou le DSM-IV.

Pour sa part, le Dr C_____ avait diagnostiqué un état de stress post-traumatique (ESPT) dans son certificat du 2 juillet 2012 et dans son rapport à l'OAI du 12 juillet 2012. Dans ce dernier document, il parlait également d'un « trouble dépressif sévère avec forte composante anxieuse » et donnait les scores obtenus aux échelles de Hamilton et de Spielberger, lesquels suggéraient une dépression sévère, respectivement une anxiété importante.

S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions, en rémission partielle (F43.23) posé par le Dr D_____, il privilégiait également l'aspect réactionnel de la symptomatologie de la demanderesse. Le Dr L_____ ne pouvait retenir davantage ce diagnostic pour des raisons formelles tenant au respect des critères diagnostiques de la CIM-10.

Les divergences entre le Dr D_____ et le Dr I_____ portaient sur l'appréciation de la gravité de l'état clinique de la demanderesse et partant sur sa capacité de travail. Il était toutefois possible que les troubles de la demanderesse se fussent aggravés entre janvier 2012 (date de l'examen du Dr D_____) et juin 2012, date du premier contact du Dr I_____ avec la demanderesse.

Le tableau clinique qu'il était possible de reconstituer à partir des différentes pièces du dossier et des données anamnestiques obtenues lors de l'entretien avec la demanderesse amenait le Dr L_____ à retenir le diagnostic d'épisode dépressif comme étant le plus conforme à la symptomatologie rapportée. Présent à l'époque de la prise en charge par le Dr I_____ mais vraisemblablement aussi depuis avril 2011, cet état dépressif était d'un degré de gravité moyen à sévère et avait valeur de maladie selon le DSM-IV ou la CIM-10 (F32.1-2). Et l'expert d'ajouter que la manière dont la demanderesse avait rapporté les faits (difficultés à les évoquer, pudeur dans le récit) et ses réactions émotionnelles lorsqu'elle les relatait (pleurs, tremblements) l'incitait à les tenir pour crédibles. Elle lui avait expliqué s'être trouvée très démunie face au harcèlement sexuel, et de manière générale au comportement irrespectueux d'un homme en position d'autorité. Elle avait subi en silence, dans la honte et la culpabilité, ne sachant pas comment réagir, n'osant pas se plaindre, de peur de perdre son emploi, ni même en parler à son mari. Déjà fragilisée psychologiquement, elle s'était effondrée à l'annonce de son licenciement.

L'état dépressif moyen à sévère avait entraîné des limitations fonctionnelles : épuisement, effondrement de l'humeur, anxiété envahissante, perte totale de confiance en soi, troubles mnésiques et difficultés de concentration qui avaient entraîné une incapacité totale de travail dans la profession habituelle et dans toute activité.

Même si l'incapacité prolongée de travail n'était véritablement documentée sur le plan médical que depuis juillet 2012 (certificat du Dr I_____), l'incapacité de

travail dans la profession habituelle, et dans toute autre activité, avait été vraisemblablement totale à partir du 1^{er} mars 2012. En effet, selon l'appréciation de la demanderesse, corroborée par celle de son médecin traitant, les troubles étaient sévères à ce moment. En outre, la demanderesse avait décrit à celui-ci une symptomatologie assez marquée pour la priver de toute capacité de travail à cette époque. Même si une légère amélioration était rapportée au cours de l'année 2013, le Dr L_____ n'était pas en mesure de la dater précisément ni d'en apprécier précisément les répercussions sur la capacité de travail. Il a toutefois ajouté que cette amélioration autorisait, selon toute vraisemblance, une reprise d'activité à un taux de 50%.

Invité à discuter les avis médicaux des médecins traitants, de l'expertise et du complément d'expertise du Dr D_____, le Dr L_____ a indiqué qu'en posant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbations des émotions, en rémission partielle (F42.23), le Dr D_____ ne précisait pas à quel « changement existentiel important » ou « événement stressant » (cf. les critères diagnostiques de la CIM-10) la demanderesse avait eu à s'adapter. Était-ce en rapport avec des « conditions de travail pour le moins déplaisantes [...] » ou avec « l'annonce de son licenciement [...] » (cf. rapport d'expertise du Dr D_____, p. 4-5). D'autre part, la CIM-10 recommandait de « modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique » quand les symptômes persistaient au-delà de six mois, ce qui était le cas puisque les troubles étaient médicalement documentés depuis avril 2011. Aussi le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions lui paraissait contestable. Par ailleurs, l'anamnèse que le Dr L_____ avait recueillie l'amenait à nuancer une assertion contenue dans le rapport du Dr D_____. En tant que ce dernier retenait que la demanderesse « n'avait pas souffert dans l'enfance [...] de traumatismes susceptibles d'avoir entravé son développement psychomoteur » (p. 2), une telle affirmation ne se recoupait pas avec le récit fait par la demanderesse le 28 octobre 2015. Son enfance et son adolescence avaient été bouleversées par des événements traumatisants (enlèvement par son père à l'âge de trois ans, privation de contacts avec sa mère pendant dix ans, père d'une grande sévérité et violent). Cette situation de privation affective et de maltraitance avait marqué le développement de sa personnalité, caractérisée par une capacité à endurer des événements adverses au-delà des limites habituelles, mais aussi par une fragilité affective et une difficulté à rechercher de l'aide. En outre le Dr D_____ semblait hésiter sur la qualification des traumatismes subis dans le cadre professionnel puisqu'il parlait de « conditions de travail pour le moins déplaisantes, voire relevant du harcèlement ou de délit sexuels » (p. 4.5). Selon le Dr L_____, le récit que la demanderesse lui avait livré à ce sujet ne laissait pourtant pas de place au doute quant à la nature des faits : elle décrivait un harcèlement sexuel incessant sous forme de phrases salaces, de propositions licencieuses (« montre-moi tes seins »), d'invitations à des relations sexuelles, mais aussi de gestes (attouchements, mains insinuées entre les cuisses, etc.) et de comportements exhibitionnistes (demande de masturbation).

Le Dr D_____ avait estimé en janvier 2012 que la demanderesse était sur le point de retrouver une pleine capacité de travail (au 1^{er} mars 2012 selon son appréciation), mais il n'avait pas exclu une issue moins favorable puisqu'il mentionnait l'éventualité d'une persistance de l'état pathologique ou d'une aggravation de celui-ci, nécessitant, dans cette éventualité, la remise en place de la prise en charge thérapeutique ainsi qu'un traitement médicamenteux plus complet. Selon le Dr L_____, cela s'était précisément produit quelques mois plus tard, puisqu'en juin 2012, le Dr C_____ avait adressé la demanderesse au Dr I_____ qui avait engagé un traitement psychothérapeutique et lui avait prescrit un antidépresseur. En outre, le Dr D_____ indiquait dans son complément d'expertise du 3 septembre 2012 que les médecins traitants de la demanderesse adhéraient sans retenue aux déclarations de mauvais traitements faites par leur patiente et que cela les amenait ensuite à créer un lien de causalité direct et donc erroné entre ces faits supposés et l'interruption de travail. Selon le Dr L_____, l'emploi du mot « erroné » semblait indiquer que le Dr D_____ rejetait la possibilité que les faits allégués puissent être véridiques. En précisant de surcroît qu'il ne lui appartenait pas de « décider de la nature du conflit », le Dr D_____ n'avait pas tort certes, mais il oubliait qu'il devait recueillir le récit de l'assurée, en particulier à propos du harcèlement et des abus sexuels allégués, en rendre compte et rechercher soigneusement la nature et la sévérité des symptômes. En outre, le Dr D_____ écrivait dans son complément d'expertise que la « [demanderesse] avait interrompu son suivi auprès de Mme E_____ récemment ». De l'avis du Dr L_____, cette formulation pouvait laisser entendre que la demanderesse avait mis un terme à la psychothérapie, qu'elle allait mieux et qu'elle n'était pas résolue à se soigner. Or, le rapport de E_____ permettait de lever le doute à cet égard : la thérapie EMDR avait été remise à plus tard par la psychothérapeute et non par la demanderesse. Enfin, le tableau clinique décrit par le Dr D_____ au moment de l'expertise semblait incompatible avec une pleine capacité de travail, raison pour laquelle le Dr L_____ ne partageait pas l'estimation du Dr D_____, à savoir que l'expertisée avait une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} mars 2012.

Évoquant les autres diagnostics mentionnés par ses confrères, le Dr L_____ a émis des réserves à propos du diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par le Dr I_____. Selon le Dr L_____, la symptomatologie rapportée par le ce psychiatre traitant (anxiété, « flash-backs », tristesse, culpabilité, irritabilité, cauchemars, logorrhée), n'était pas spécifique à l'ESPT et ne permettait pas de poser formellement ce diagnostic. En effet, la CIM-10 exigeait la présence des symptômes typiques suivants : reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants (« flash backs »), des rêves ou des cauchemars ; anesthésie psychique et émoussement émotionnel, détachement par rapport aux autres, insensibilité à l'environnement, anhédonie et évitement des activités pouvant réveiller le souvenir du traumatisme etc. Dans le cas particulier, le Dr I_____, ne mentionnait pas l'intensité des phénomènes de reviviscence et l'existence de symptômes caractéristiques (émoussement affectif et émotionnel),

essentiels au diagnostic. Par ailleurs, sans minimiser l'impact très délétère du harcèlement sur l'état psychique de la demanderesse, on pouvait se demander, selon le Dr L_____, si le traumatisme s'apparentait à une « situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus », comme l'exigeaient les critères de la CIM-10 (ou du DSM-IV). Sans mettre en doute l'impact psychiquement destructeur de la situation vécue par la demanderesse dans son milieu professionnel, le Dr L_____ considérait que des facteurs idiosyncrasiques (caractéristiques de personnalité et peut-être spécificités culturelles) avaient joué un rôle prépondérant dans le déclenchement de ses troubles.

Pour ces raisons le Dr L_____ ne retenait pas le diagnostic d'ESPT mais concluait à un épisode dépressif moyen à sévère, tout en admettant que l'état clinique apparu dans le courant de l'année 2011 était en rapport avec le stress permanent vécu pendant des années au travail et avec un licenciement ressenti comme fondamentalement injuste, faisant perdre tout leur sens aux épreuves endurées.

52. Par courrier du 11 janvier 2016, la défenderesse a fait savoir qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à formuler au vu des réponses apportées par l'expert judiciaire mais qu'elle persistait néanmoins dans les termes et conclusions de sa réponse du 18 mars 2014.
53. Dans ses conclusions après expertise du 11 janvier 2016, la demanderesse a persisté dans ses conclusions initiales. Elle a fait valoir qu'indépendamment du fait que l'on ne pouvait accorder le moindre crédit au rapport du Dr D_____, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral ne permettait pas de considérer les rapports d'expertise privés comme des rapports d'expertise, ni même des titres au sens du droit de procédure. Les dires du Dr D_____ avaient tout au plus la même valeur probante que les déclarations des médecins traitants.
54. Par communication du 12 janvier 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

Le contrat d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie n° 80/9.879.192-5 étant soumis à la LCA, la compétence *ratione materiae* de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b. S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'espèce, l'art. G17 des conditions contractuelles/dispositions communes (ci-après : CG) prévoit qu'en cas de litige, l'assuré peut porter plainte contre l'assureur à son lieu de domicile en Suisse ou celui de Bâle-Ville mais aussi à son lieu de travail.

Compte tenu du lieu de travail de la demanderesse, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est également donnée à raison du lieu.

c. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

d. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

e. Pour le surplus, la demande en paiement du 18 février 2014 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières à 100% au-delà du 28 février 2012.
3. Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation de manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Même si l'art. 61 LCA figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, il exprime un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1, arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012, consid. 2.2).

Bien que l'art. 61 LCA soit de droit dispositif et qu'il permette aux parties d'atténuer ou d'étendre l'obligation de réduire le dommage, l'exigence d'une faute, telle qu'elle est prévue à l'alinéa 2 (« de manière inexcusable ») ne souffre aucune modification en défaveur de l'ayant droit (art. 45 al. 1 cum art. 98 LCA).

Bien que la faute visée à l'art. 61 al. 2 LCA prenne pour base le comportement qu'afficherait un homme raisonnable placé dans la même situation, il n'en reste pas moins que cette disposition consacre une notion subjective de la faute. Il convient en effet de tenir compte de la situation particulière de l'ayant droit (âge, sexe, état de santé, formation, profession, etc.) et de la manière dont il réagit à l'événement dommageable (Andreas HÖNGER, Marcel SÜSSKIND in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 27-29 ad art. 61 LCA).

L'assuré doit se soumettre aux mesures thérapeutiques aptes à réduire le dommage, pour autant que, selon l'expérience, il n'en résulte pas de risque pour sa vie, qu'une amélioration importante de l'affection soit à attendre avec certitude ou grande vraisemblance de ces mesures, et ce que celle-ci ne provoquent pas de souffrances excessives (Olivier CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, p. 365 ad art. 61 LCA). Il sied toutefois de relever qu'en médecine, les résultats scientifiques peuvent diverger et les opinions s'opposer, de sorte que l'état de la science, considéré objectivement, peut autoriser le médecin à se décider entre plusieurs thérapies (SJ 1998 I p. 269). Le Tribunal fédéral précise que le juge n'a pas à départager les écoles médicales opposées, ni à choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée, ni à se déterminer à la place du médecin (ATF 120 Ib 411, JdT 1995 I 554 ; SJ 1998 I p. 269 ; Olivier CARRÉ, op. cit., p. 365 ad art. 61 LCA).

L'obligation de réduire le dommage découlant de l'art. 61 LCA peut impliquer, dans le domaine de l'assurance des indemnités journalières, l'obligation pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut raisonnablement être exigé de lui (ATF 133 V 527 consid. 3.2.1 p. 531 et les arrêts cités). Mais l'assureur qui entend faire application de l'art. 61 al. 2 LCA doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour cela un délai d'adaptation approprié pour s'accommoder aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi : en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat ATF 133 III 527 consid. 3.2.1, arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.3).

Il incombe à l'assureur, qui n'entend pas indemniser la totalité du dommage subi par l'assuré, de prouver que celui-ci a violé son devoir de réduire le dommage (cf. art. 8 CC. À cet égard, il lui appartient de démontrer que les mesures tendant à diminuer le dommage qui n'ont pas été prises par l'assuré pouvaient raisonnablement être exigées de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.3). L'assureur est également tenu de prouver que le dommage aurait pu être diminué par des mesures plus appropriées (Andreas HÖNGER, Marcel SÜSSKIND, op. cit., n. 30 ad art. 61 LCA).

4. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

5. a. Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2).

La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative

ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

b. En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d ; 127 III 248 consid. 3a, 519 consid. 2a); cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 p. 226; 129 III 18 consid. 2.6 p. 24 ss).

c/aa. Jusqu'à l'arrêt 4A_178/2015 du 11 septembre 2015, partiellement publié aux ATF 141 III 433 = SJ 2016 I 162), le Tribunal fédéral était d'avis que rien ne justifiait de ne pas se référer au principe de libre appréciation des preuves – applicable lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale – lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2).

c/bb. Dans l'arrêt 4A_178/2015 précité, le Tribunal fédéral est revenu partiellement sur ces principes en refusant d'admettre l'expertise privée en tant que moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC de manière générale et pas seulement comme expertise au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC (cf. consid. 2.5.3) En procédure civile, une expertise privée ne constitue par conséquent pas un moyen de preuve et la jurisprudence valant en droit des assurances sociales (ATF 125 V 351) n'est pas applicable au CPC. Il convient cependant de ne pas perdre de vue que seules les allégations de fait qui sont expressément contestées doivent être prouvées. Les contestations doivent être suffisamment précises pour déterminer, parmi les

allégations du demandeur, celles qui sont contestées (ATF 117 II 113 consid. 2) ; la contestation doit, conformément à son but, être précise, afin que la partie adverse sache quelles sont les allégations de fait qu'elle doit prouver (ATF 115 II 1 consid. 4). Le degré de motivation d'une allégation influe sur le degré nécessaire de motivation de la contestation ; plus les différents faits allégués par une partie dans son état de fait global sont détaillés, plus la partie adverse doit expliquer concrètement quels faits elle conteste. En d'autres termes, plus l'exposé d'une partie est détaillé, plus les exigences de motivation de la contestation sont élevées. Ces exigences sont certes moins grandes que celles posées en matière d'allégation (cf. ATF 117 II 113 consid. 2 ; Hans-Peter WALTER, in Berner Kommentar, 2012, n. 2014 ad art. 8 CC ; Jürgen BRÖNIMANN, in Berner Kommentar, 2012, n. 15 ad art. 150 CPC); toutefois, une contestation en bloc ne suffit pas. Une prise de position claire sur l'exactitude d'une allégation particulière et concrète de la partie adverse est exigée (Hans-Peter WALTER, op. cit., n. 191 ad art. 8 CC). Les allégations des parties sont le plus souvent particulièrement motivées lorsqu'elles se basent sur une expertise privée. Par voie de conséquence, une contestation en bloc ne suffit pas ; la partie adverse est au contraire tenue de motiver de manière concrète sa contestation sur chaque fait particulier. Si les allégués de la partie adverse sont contestés de manière motivée, les expertises privées, qui sont de pures allégations de parties, ne permettent pas à elle seules de les prouver (cf. ATF 132 III 83 consid. 3.5). En tant qu'allégations des parties, elles sont éventuellement susceptibles d'apporter la preuve en combinaison avec des indices – prouvés par des moyens de preuve. Si elles ne s'appuient pas sur des indices, elles doivent être considérées comme des allégations contestées et non prouvées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_178/2015 du 11 septembre 2015 consid. 2.6). Une expertise privée peut cependant jouer un rôle important lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur probante d'une expertise judiciaire (Heinrich Andreas MÜLLER, in BRUNNER/ GASSER/ SCHWANDER [éd.], Schweizerische Zivilprozessordnung, 2ème éd. 2016, n. 11 ad art. 177 CPC).

d. L'arrêt 4A_178/2015 reste cependant muet sur les conséquences de la « rupture » avec la jurisprudence valant en droit des assurances sociales (ATF 125 V 351) sur les autres types de rapports médicaux.

d/aa. Les titres (art. 168 let. b CPC) sont des documents, tels les écrits, les dessins [...] les fichiers électroniques et les données analogues propres à prouver des faits pertinents (art. 177 CPC). Même si un certificat médical constitue un titre selon certains auteurs (Heinrich Andreas MÜLLER, op. cit., n. 9 ad art. 177 CPC ; contra : Oliver KÄLIN, Das Arzzeugnis als Beweismittel bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten, in PCEF 2006 p. 335, 337, pour qui il s'agit de simples allégations d'une partie), le Tribunal fédéral est d'avis que sous l'angle de sa portée probatoire, un tel document ne diffère pas d'une expertise privée (ATF 140 III 24 consid. 3.3.3). En effet, il paraîtrait incohérent de considérer que lorsqu'une partie prend l'initiative de produire à la fois un certificat médical et un rapport d'expertise

privée, on admette qu'il s'agit d'un moyen de preuve pour le premier et d'une allégation pour le second, ce à plus forte raison qu'un certificat se distingue principalement d'une expertise privée (le plus souvent du moins) par son absence de motivation (Oliver KÄLIN, op. cit. p. 337). En conséquence, sous l'empire de la jurisprudence inaugurée par l'arrêt 4A_178/2015, la partie qui produit un certificat de son médecin traitant à l'appui d'une incapacité de travail alléguée ne produit pas de moyen de preuve, elle ne fait que remplir son « devoir de substantification » (Substanziierungspflicht), c'est-à-dire préciser son allégation de manière suffisante pour permettre ensuite sa preuve et/ou sa contre-preuve. Dans son sens étroit, la charge de substantification doit permettre la preuve et la contre-preuve, soit une détermination suffisamment claire de la partie adverse lui permettant de déterminer quelle part du fait est contestée et quelle autre part est le cas échéant admise, de façon à fixer l'étendue de l'instruction probatoire. Appartenant en réalité au droit de procédure, le devoir de substantification est sanctionné par l'irrecevabilité de la réquisition d'instruction de la partie qui n'a pas satisfait à cette incombance ; si cela entraîne la non-entrée en matière sur la demande au fond, il peut y avoir alors rejet de l'action (Denis PIOTET, in PICHONNAZ/ FOËX [éd.], Commentaire romand, Code civil I, ad art. 8 n. 62). Lorsqu'une partie a rempli ce devoir en produisant un certificat médical, une contestation toute générale de la part de la partie adverse ne suffit pas. En d'autres termes : si cette dernière ne conteste pas ledit certificat de façon détaillée et motivée, l'incapacité de travail alléguée est réputée non contestée. Dans l'hypothèse inverse, le demandeur qui a produit le certificat médical a toujours la possibilité de solliciter l'audition de l'auteur du certificat en qualité de témoin, de sorte que c'est le témoignage de ce dernier qui devient moyen de preuve (Oliver KÄLIN, op. cit. p. 338-339).

d/bb. Dans la mesure où la portée de l'arrêt 4A_178/2015 n'affecte pas les expertises judiciaires en tant que moyen de preuve (art. 168 al. 1 let. d CPC) et qu'à l'instar du droit des assurances sociales, le CPC connaît également le principe de libre appréciation des preuves (art. 157 CPC), rien ne s'oppose en définitive à ce que la jurisprudence tirée de l'ATF 125 V 351 et les lignes directrices qu'elle comporte continuent à s'appliquer aux expertises judiciaires (cf. ci-dessus : consid. 5c/aa). On précisera au surplus que le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. a. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006).

La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). À cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a).

b. En l'occurrence, le contrat d'assurance n° 80/9.879.192-5, valable à partir du 1^{er} janvier 2011, et les CG, prévoient qu'en cas d'incapacité de gain consécutive à une maladie d'au moins 50%, la personne assurée a droit au versement d'un maximum de 730 indemnités journalières entières ou partielles dans une période de 900 jours, sous déduction du délai d'attente de 14 jours. Par « personne assurée », il faut comprendre tout le personnel de l'entreprise B_____ SA.

Selon l'art. 3 CG, la couverture d'assurance prend fin, pour chaque assuré, notamment à l'expiration de la durée maximale du droit aux prestations et lorsqu'il quitte le cercle des personnes assurées. L'art. 13 CG précise que si la couverture d'assurance cesse, la caisse continue néanmoins de payer l'indemnité journalière jusqu'à la durée maximale de prestation, pour une incapacité de gain en cours, dans le cadre de la durée des prestations.

Aux termes de l'art. 12 CG, lors de rechutes d'une même maladie dans un délai de douze mois, le délai d'attente n'est pas pris en compte. Après une interruption de plus de douze mois de l'incapacité de gain, la rechute est considérée comme un nouveau cas de maladie

L'art. 11 du contrat (cf. « informations sur le produit ») dispose que si une maladie donne probablement droit à des prestations d'assurance, il faut, sans délai, consulter un médecin. La personne assurée devra suivre les instructions du médecin. Elle est obligée de se soumettre à un examen de l'état de santé et doit se faire conformer

médicalement l'affection par le médecin. Si la [caisse] a besoin d'informations complémentaires, elle s'adressera directement au médecin traitant ou, le cas échéant, demandera un nouvel examen auprès d'un autre médecin. Si la maladie se prolonge, l'assuré doit se soumettre régulièrement (au moins toutes les quatre semaines) à un traitement ou à un contrôle médical [...].

Si la personne assurée est capable d'exercer une autre activité professionnelle que l'on présume comme pouvant être exercée par elle, ladite personne est invitée à adapter son activité actuelle ou à accepter une autre activité correspondante pouvant être exigée d'elle. De plus, elle doit annoncer et faire valoir ses prétentions dès que possible auprès des assurances sociales concernées (obligation de réduction des sinistres).

Enfin, l'art. G19 CG précise qu'il y a incapacité de gain, si la personne assurée est dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, par suite de maladie, sa profession ou toute autre activité professionnelle adéquate pouvant être exigée d'elle et qu'elle, ou son employeur, du fait de son obligation de maintien du paiement de salaire, en subit une perte financière.

7. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'indemnité journalière à laquelle la demanderesse peut prétendre, pour une incapacité de 100%, s'élève à CHF 267.10.- et que sur la base d'une incapacité de travail totale dans sa profession d'assistante commerciale, survenue le 24 juin 2011, la défenderesse lui a octroyé des indemnités journalières du 8 juillet 2011 au 29 février 2012, correspondant à 237 indemnités journalières.

En application du contrat d'assurance et des CG, la demanderesse pourrait ainsi au mieux prétendre au versement de 479 indemnités journalières supplémentaires (716 indemnités moins les 237 déjà versées), ce qui correspond à la période du 1^{er} mars 2012 au 22 juin 2013.

La demanderesse soutient s'être trouvée en incapacité de travail totale du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013, soit 365 jours, puis en incapacité de travail à 50% du 1^{er} mars 2013 au 30 avril 2014. La couverture d'assurance ayant expiré le 22 juin 2013 à minuit, le litige porte ainsi sur l'incapacité de gain de la demanderesse par suite de maladie pour la période du 1^{er} mars 2012 au 22 juin 2013.

8. Par ordonnance d'expertise du 15 décembre 2014, la chambre de céans a estimé qu'il était nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas et leurs conséquences sur la capacité de travail, respectivement de gain de la demanderesse, raison pour laquelle elle a confié une expertise médicale au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Aussi convient-il d'en examiner la valeur probante.

Dans son rapport d'expertise du 21 novembre 2015, le Dr L_____ a expliqué qu'il était possible de reconstituer le tableau clinique à partir des différentes pièces du dossier et des données anamnestiques obtenues lors de l'entretien avec la demanderesse et que celui-ci l'amenait à retenir le diagnostic d'épisode dépressif comme étant le plus conforme à la symptomatologie rapportée. Présent à l'époque

de la prise en charge par le Dr I_____ mais vraisemblablement aussi depuis avril 2011, cet état dépressif était d'un degré de gravité moyen à sévère et avait valeur de maladie selon le DSM-IV ou la CIM-10 (F32.1-2). Par ailleurs, l'expert a estimé que la manière dont la demanderesse avait rapporté les faits (difficultés à les évoquer, pudeur dans le récit) et ses réactions émotionnelles lorsqu'elle les relatait (pleurs, tremblements) l'incitait à les tenir pour crédibles. Cet état dépressif moyen à sévère avait entraîné un épuisement, un effondrement de l'humeur, une anxiété envahissante, une perte totale de confiance en soi, des troubles mnésiques et des difficultés de concentration, d'où une incapacité totale de travail dans la profession habituelle et dans toute activité. Plus précisément l'expert a indiqué que même si l'incapacité prolongée de travail n'était véritablement documentée sur le plan médical que depuis juillet 2012 (certificat du Dr I_____ du 2 juillet 2012), l'incapacité de travail était très vraisemblablement totale à partir du 1^{er} mars 2012 puisque les troubles étaient alors sévères, référence étant faite à l'appréciation de la demanderesse, corroborée par celle de son médecin traitant, le Dr C_____, mais également à la « symptomatologie assez marquée pour la priver de toute capacité de travail à cette époque » (rapport d'expertise du Dr L_____, p. 14) décrite par la demanderesse au Dr L_____. Ce dernier explique de surcroît que le tableau clinique décrit par le Dr D_____ en janvier 2012 lui semble incompatible avec une pleine capacité de travail, raison pour laquelle il ne partage pas l'appréciation du Dr D_____ (rapport d'expertise du Dr L_____, p. 18). Enfin, le Dr L_____ est d'avis que l'état clinique de la demanderesse s'est amélioré dans le courant de l'année 2013, autorisant, selon toute vraisemblance, une reprise d'activité à un taux de 50%.

La chambre de céans constate que ce rapport d'expertise repose sur le dossier médical de la demanderesse ainsi que sur une anamnèse comportant un volet familial, personnel, professionnel et psychiatrique, qu'il relate les plaintes de la demanderesse et qu'il comporte un examen psychiatrique fouillé. En outre, l'expert pose des diagnostics précis, ses constatations sont claires et ses conclusions bien motivées. Plus particulièrement, l'expert expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient ni le diagnostic d'état de stress post-traumatique (Dr I_____) ni celui de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions (Dr D_____) et qu'il leur privilégie le diagnostic d'état dépressif de gravité moyen à sévère, présent depuis avril 2011. Le rapport du Dr L_____ doit dès lors se voir reconnaître valeur probante.

Après s'être vu transmettre le rapport d'expertise du Dr L_____, la défenderesse a déclaré qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à formuler mais qu'elle persistait dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 18 mars 2014. Exprimé en d'autres termes, la défenderesse fonde son refus de verser des indemnités journalières à la demanderesse au-delà du 29 février 2012 sur la base de l'expertise privée du 31 janvier 2012 et de son complément du 3 octobre 2012 réalisés par le Dr D_____. Ce dernier estimait en janvier 2012 que c'était

l'annonce du licenciement, le 5 avril 2011, qui semblait avoir décompensé l'état psychique de la demanderesse, avec émergence d'une symptomatologie anxieuse et émotionnelle avec des symptômes somatoformes (diarrhées et vomissements, oppression thoracique), pleurs, « idées de préjudice », ruminations morbides, reviviscence d'épisodes traumatiques. L'humeur apparaissait également dépressive. Selon lui, c'était suite à une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique que l'état de l'assurée s'était ensuite amélioré. Étant donné qu'elle avait participé à des entretiens d'embauche, repris différentes activités sociales et de loisirs et qu'elle avait également interrompu son suivi psychothérapeutique, le trouble apparaissait donc en rémission partielle, même s'il persistait une symptomatologie de perturbation émotionnelle (non incapacitante). La demanderesse avait ainsi recouvré une capacité de travail pleine et entière dès le 1^{er} mars 2012. Le Dr D_____ n'excluait pas cependant, en janvier 2012, que si l'état pathologique de l'assurée perdurait ou devait s'aggraver, le traitement médicamenteux actuel ne serait pas suffisant et qu'il conviendrait alors de remettre en place la prise en charge psychothérapeutique et d'envisager un traitement médicamenteux plus complet. Dans son complément d'expertise du 3 octobre 2012, le Dr D_____ a estimé en substance que les rapports médicaux que les Drs C_____ et I_____ avaient rendus dans l'intervalle ne décrivaient pas d'autres symptômes que ceux qu'il avait constatés en janvier 2012 et que ce que le Dr I_____ lui avait dit au téléphone ne lui permettait pas modifier ses conclusions antérieures, ce d'autant que les deux médecins précités adhéraient sans retenue aux allégations de mauvais traitements faites par l'assurée, ce qui les amenait à créer un lien de causalité direct et par conséquent erroné entre ces faits supposés et l'interruption de travail.

L'argumentaire développé par le Dr D_____ à l'appui d'une amélioration de l'état de santé de la demanderesse et d'un retour à capacité de travail pleine et entière le 1^{er} mars 2012 ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr L_____. Il s'avère en effet que l'amélioration décrite par le Dr D_____ repose sur des prémisses erronées : premièrement, il n'y avait pas eu véritablement de suivi psychothérapeutique en janvier 2012. À cette époque, la demanderesse avait vu une psychologue, Mme E_____, à deux reprises seulement et c'est cette dernière et non la demanderesse qui avait mis fin aux séances dans l'attente d'une progression des démarches judiciaires de la demanderesse : « Si les deux situations sont établies juridiquement (harcèlement et mobbing), le traumatisme prend fin et peut être valablement traité par EMDR » (cf. p.v d'enquêtes du 17 septembre 2014, témoin E_____). Deuxièmement, la demanderesse n'avait pas repris différentes activités sociales et de loisirs. Il est vrai qu'elle jouait au tennis, mais c'était avant 2010 (cf. p.v. d'enquêtes du 29 octobre 2014, témoin K_____). Avant de reprendre plusieurs activités fin 2013 (bricolage avec les enfants, cuisine etc), « elle s'était complètement refermée sur elle-même [...] ne faisait plus de sport, ne voyait plus d'amis [...], préférait rester à l'intérieur » (p.v. d'enquêtes du 29 octobre 2014, témoin K_____). Troisièmement, comme le Dr L_____ l'a relevé, l'utilisation

par le Dr D_____ de l'adjectif « erroné » pour qualifier le lien de causalité entre les faits « supposés » de harcèlement sexuel semble indiquer que le Dr D_____ rejetait la possibilité que les faits allégués par la demanderesse puissent être véridiques. Or, comme l'a souligné le Dr L_____, la manière dont la demanderesse lui avait rapporté les faits (difficultés à les évoquer, pudeur dans le récit) et ses réactions émotionnelles lorsqu'elle les relatait (pleurs, tremblements) l'incitait à les tenir pour crédibles et à ne pas mettre en doute leur impact psychiquement destructeur, même si des facteurs idiosyncrasiques (caractéristiques de personnalité et peut-être spécificités culturelles) avaient joué un rôle dans le déclenchement des troubles. Quatrièmement, lors de son audition du 17 septembre 2014, le Dr D_____ a admis qu'il n'avait pas de connaissances particulières de la culture asiatique et qu'il n'avait pas tenu compte de ce fait. Cinqüièmement, le Dr D_____ n'excluait pas lui-même, en janvier 2012, la possibilité d'une aggravation de l'état de santé de la demanderesse avec, à la clé, la reprise d'une psychothérapie assortie d'un traitement médicamenteux plus complet. Or, la demanderesse a précisément consulté un psychiatre, le Dr I_____, à partir du 14 juin 2012, et celui-ci lui a alors prescrit du Valdoxan. Enfin et surtout, le Dr D_____ a déclaré lors de son audition du 17 septembre 2014 : « lors de mon entretien téléphonique avec le Dr I_____, ce dernier a considéré que l'assurée présentait un épisode dépressif sévère. Je ne peux pas me prononcer car je n'ai pas revu la patiente » (cf. p.v. d'enquêtes du 17 septembre 2014, p. 3).

Par un second moyen, la défenderesse tire argument de la décision de l'OAIE du 7 mars 2013, par laquelle cet office a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Dans la mesure où la demanderesse n'avait pas interjeté recours contre cette décision, elle avait expressément reconnu qu'elle ne souffrait d'aucune incapacité de gain.

La chambre de céans constate que la décision de l'OAIE se fondait sur le rapport du médecin SMR du 5 décembre 2012. Dans la mesure où ce rapport se résume à faire état d'un diagnostic sans le discuter et à conclure qu'il ne s'agit pas d'une pathologie invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité remet d'autant moins en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr L_____ que le médecin SMR ne se place pas sur le terrain d'une incapacité de travail, respectivement de gain, passagère (situation pertinente en l'espèce) mais sur celui d'une incapacité de gain qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGa).

Compte tenu des modifications jurisprudentielles évoquées, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la valeur probante des rapports des Drs D_____, C_____ et I_____, ceux-ci étant assimilés à de simples allégations des parties (cf. ci-dessus : consid. 5c et d). Dans le cas particulier, les conséquences pratiques de ce changement de jurisprudence s'avèrent limitées puisqu'il est possible de trancher le

litige sur la base des conclusions claires et bien motivées du rapport d'expertise judiciaire.

En conséquence, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la demanderesse présentait une incapacité de travail, respectivement de gain totale dans son activité habituelle et dans toute activité le 1^{er} mars 2012 et que la situation a favorablement évolué dans le courant de l'année 2013 au point de permettre un retour à une capacité de travail, respectivement de gain à 50%. Dans la mesure où la demanderesse reconnaît que cette amélioration s'est produite dès le 1^{er} mars 2013 (cf. pièce 103 défenderesse), elle a droit à des indemnités journalières entières du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013 puis à 50% du 1^{er} mars 2013 jusqu'au 22 juin 2013 compris, date d'expiration de la couverture d'assurance.

9. La demanderesse conclut en outre au versement d'intérêts sur les indemnités journalières.

Les CG ne stipulent pas de terme de paiement pour les indemnités journalières. On doit dès lors admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.2).

Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301). Selon l'art. 102 du code des obligations (CO ; RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). Le taux de l'intérêt moratoire s'élève à 5%, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. À défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain

du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1).

En l'espèce, force est de constater qu'il n'y a pas eu d'interpellation de la part de la demanderesse. La demande en paiement du 18 février 2014 a été transmise à la défenderesse le lendemain, de sorte que l'on peut admettre que cette dernière l'a reçue le 20 février 2014. Les intérêts moratoires de 5% courent ainsi dès le 21 février 2014 et non dès le 25 octobre 2013, quoi qu'en dise la demanderesse.

10. La demanderesse réclame en dernier lieu le paiement de CHF 2'282.60 avec intérêts à 5% dès le 18 février 2014 à titre de dommages et intérêts, en vertu de l'article 106 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA.

Aux termes de l'art. 103 al. 1 CO, le débiteur en demeure doit des dommages-intérêts pour cause d'exécution tardive et répond même du cas fortuit. L'obligation de réparer le préjudice est encore rappelée par l'art. 106 CO pour les dettes d'argent. Selon l'art. 106 al. 1 CO, lorsque le dommage éprouvé par le créancier est supérieur à l'intérêt moratoire, le débiteur est tenu de réparer également ce dommage, s'il ne prouve qu'aucune faute ne lui est imputable.

En l'espèce, on l'a vu, en l'absence d'interpellation préalable, la défenderesse ne s'est trouvée en demeure qu'avec la notification de la demande en justice (cf. ci-dessus : consid. 9). Étant donné que le dommage allégué consiste en une note de frais et honoraires « avant procédure » correspondant à des prestations effectuées entre le 2 octobre 2013 et le 5 février 2014 (cf. pièce 35 demanderesse), il ne s'agit pas, en toute hypothèse, d'un préjudice découlant de la demeure (cf. GAUCH/SCHLUEP/ SCHMID/ REY, Schweizerisches Obligationenrecht, allgemeiner Teil, vol. II, 7^{ème} éd. 1998 n. 2987), de sorte que la première condition posée par l'art. 103 (et 106) CO n'est pas réalisée. Dans ces conditions, la chambre de céans se dispensera d'examiner dans quelle mesure le dommage allégué est supérieur à l'intérêt moratoire.

11. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise et la défenderesse condamnée à verser à la demanderesse des indemnités journalières correspondant à la période du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2013, soit 365 indemnités à CHF 267.10/ jour ainsi que 114 indemnités à CHF 133.55 / jour pour la période du 1^{er} mars au 22 juin 2013, soit la somme de CHF 112'716.20 avec intérêts à 5% l'an à compter du 21 février 2014.
12. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 11'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 de la loi

d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]; art. 84 et 85 du Règlement fixant le tarif des frais en matière civile [RTFMC - E 1 05.10]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 22 al. 3 let. a LaCC).

Les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de CHF 3'224.65, sont laissés à la charge de l'Etat (art. 113 al. 2 let. f CPC, en relation avec les art. 95 al. 2 let. c et 168 al. 1 let. a CPC).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Condamne Bâloise assurance SA à payer à la demanderesse la somme de CHF 112'716.20 plus intérêts à 5% l'an dès le 21 février 2014.
4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de CHF 11'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Laisse les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de CHF 3'224.65, à la charge de l'Etat.
7. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le